

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1960

THÈSE

N°

512

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

 Pierre, Henri, François SEBILEAU

 Né le 26 janvier 1931, à La Roche-sur-Yon (Vendée)

---

*Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 1960*

---

LES  
GROSSESSES MULTIPLES ECTOPIQUES

---

Président : M. VARANGOT, Professeur

---

PARIS  
IMPRIMERIE R. FOULON  
29, RUE DEPARCIEUX, 29  
1960



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : SEBILEAU

Prénoms : PIERRE, HENRI, FRANÇOIS

Date de soutenance : 7 juin 1960

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

SEBILEAU (PIERRE, HENRI, FRANÇOIS) — Les grossesses multiples ectopiques. — Paris, Imp. R. Foulon, 1960, in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1960, N° .....).

SEBILEAU (PIERRE, HENRI, FRANÇOIS) — Les grossesses multiples ectopiques. — Paris, Imp. R. Foulon, 1960, in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1960, N° .....).

SEBILEAU (PIERRE, HENRI, FRANÇOIS) — Les grossesses multiples ectopiques. — Paris, Imp. R. Foulon, 1960, in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1960, N° .....).

SEBILEAU (PIERRE, HENRI, FRANÇOIS) — Les grossesses multiples ectopiques. — Paris, Imp. R. Foulon, 1960, in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1960, N° .....).

THE NATIONAL BUREAU OF INVESTIGATION  
WASHINGTON, D. C.

REPORT OF SPECIAL AGENT IN CHARGE  
OF THE BUREAU OF INVESTIGATION

THE NATIONAL BUREAU OF INVESTIGATION  
WASHINGTON, D. C.

REPORT OF SPECIAL AGENT IN CHARGE  
OF THE BUREAU OF INVESTIGATION

THE NATIONAL BUREAU OF INVESTIGATION  
WASHINGTON, D. C.

THE NATIONAL BUREAU OF INVESTIGATION  
WASHINGTON, D. C.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1960

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Pierre, Henri, François SEBILEAU**

Né le 26 janvier 1931, à La Roche-sur-Yon (Vendée)

---

*Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 1960*

---

LES

GROSSESSES MULTIPLES ECTOPIQUES

---

Président : M. VARANGOT, Professeur

---

PARIS  
IMPRIMERIE R. FOULON  
29, RUE DEPARCIEUX, 29  
1960

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Lœper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN . . . . . Léon BINET  
*Membre de l'Institut*

ASSESEUR . . . . . Jean VERNE

### I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                             |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Anatomie . . . . .                                                          | CORDIER (G.)                           |
| Anatomie ( <i>chaire à titre personnel</i> ) . . . . .                      | DELMAS (A.)                            |
| Anatomie pathologique . . . . .                                             | DELARUE (J.)                           |
| Anesthésiologie . . . . .                                                   | BAUMANN (J.)                           |
| Bactériologie . . . . .                                                     | FASQUELLE (R.)                         |
| Biochimie médicale . . . . .                                                | JAYLE (M.-F.)                          |
| Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports . . . . .           | CHAILLEY-BERT (P.)                     |
| Biologie médicale . . . . .                                                 | FAUVERT (R.)                           |
| Cancérologie médicale et sociale . . . . .                                  | BERNARD (J.)                           |
| Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy) . . . . .                         | REDON (H.)                             |
| Clinique cardiologique (Broussais) . . . . .                                | MOUQUIN (M.)                           |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                                           | Beaujon . . . . . SICARD (A.)          |
|                                                                             | Cochin . . . . . QUÉNU (J.)            |
|                                                                             | Hôtel-Dieu . . . . . MÉNÉGAUX (G.)     |
|                                                                             | Saint-Antoine . . . . . GOSSET (J.)    |
|                                                                             | Salpêtrière . . . . . MOULONGUET (P.)  |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) . . . . . | FÈVRE (M.)                             |
| Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin) . . . . .        | MERLE D'AUBIGNÉ (R.)                   |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) . . . . .               | DE GAUDART D'ALLAINES (F.)             |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) . . . . .                 | MATHEY (J.)                            |
| Clinique endocrinologique (Pitié) . . . . .                                 | DECOURT (J.)                           |
| Clinique génétique médicale (Enfants-Malades) . . . . .                     | LAMY (M.)                              |
| Clinique gynécologique (Broca) . . . . .                                    | FUNCK-BRENTANO (P.)                    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) . . . . .     | DEGOS (R.)                             |
| Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) . . . . .               | CATHALA (J.)                           |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) . . . . .               | MOLLARET (P.)                          |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) . . . . .    | DELAY (J.)                             |
| Clinique des maladies métaboliques (Necker) . . . . .                       | HAMBURGER (J.)                         |
| Clinique des maladies du sang (Broussais) . . . . .                         | MARCHAL (G.)                           |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) . . . . .            | ALAJOUANINE (T.)                       |
| Cliniques médicales . . . . .                                               | Broussais . . . . . DE GENNES (L.)     |
|                                                                             | Cochin . . . . . JUSTIN-BESANÇON (L.)  |
|                                                                             | Hôtel-Dieu . . . . . BARIÉTY (M.)      |
|                                                                             | Lariboisière . . . . . SOULIÉ (P.)     |
|                                                                             | Pitié . . . . . DREYFUS (G.)           |
|                                                                             | Saint-Antoine . . . . . KOURILSKY (R.) |

## MM.

|                                                                                                 |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat) . . . . .                 | DEBRAY (C.)                |
| Clinique médicale propédeutique . . . . .                                                       | PASTEUR VALLERY-RADOT (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) . . . . . | DEROT (M.)                 |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) . . . . .                                                   | PETIT-DUTAILLIS (D.)       |
| Cliniques obstétricales . . . . .                                                               | LACOMME (M.)               |
|                                                                                                 | N...                       |
|                                                                                                 | VARANGOT (J.)              |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) . . . . .                                                 | RENARD (G.)                |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . . . . .                                      | AUBRY (M.)                 |
| Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) . . . . .                                       | MARIE (J.)                 |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) . . . . .                                             | BERNARD (E.)               |
| Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière) . . . . .                                        | MICHAUX (L.)               |
| Clinique de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) . . . . .                                      | LELONG (M.)                |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) . . . . .                                 | COSTE (F.)                 |
| Clinique stomatologique (Pitié) . . . . .                                                       | DECHAUME (M.)              |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) . . . . .                                       | SÈNÈQUE (J.)               |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) . . . . .                                       | LEMAIRE (A.)               |
| Clinique urologique (Cochin) . . . . .                                                          | FEY (B.)                   |
| Electrophysiologie médicale ( <i>chaire à titre personnel</i> ) . . . . .                       | DJOURNO (A.)               |
| Embryologie . . . . .                                                                           | GIROUD (A.)                |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                                            | N...                       |
| Histologie . . . . .                                                                            | VERNE (J.)                 |
| Hygiène des collectivités ( <i>chaire à titre personnel</i> ) . . . . .                         | DEPARIS (M.)               |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) . . . . .                                | TURPIN (R.)                |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                                                        | JOANNON (P.)               |
| Médecine du Travail . . . . .                                                                   | DESOILLE (H.)              |
| Médecine légale . . . . .                                                                       | PIÉDELÈVRE (R.)            |
| Parasitologie . . . . .                                                                         | GALLIARD (H.)              |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                                               | COUVELAIRE (R.)            |
| Pathologie exotique . . . . .                                                                   | LAVIER (G.)                |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                                                  | LENÈGRE (J.)               |
| Pathologie humorale et immunologie expérimentale ( <i>chaire à titre personnel</i> ) . . . . .  | MERKLEN (F.-P.)            |
| Pathologie médicale . . . . .                                                                   | N...                       |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                                                 | GARCIN (R.)                |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                                                     | CHEYMOL (J.)               |
| Physiologie . . . . .                                                                           | BINET (L.)                 |
| Physiologie ( <i>chaire à titre personnel</i> ) . . . . .                                       | BARGETON (D.)              |
| Physique médicale . . . . .                                                                     | DOGNON (A.)                |
| Radiologie médicale . . . . .                                                                   | DESGREZ (H.)               |
| Technique chirurgicale . . . . .                                                                | PATEL (J.)                 |
| Thérapeutique . . . . .                                                                         | BROUET (G.)                |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

|                                 | MM.                                          |                              | MM.                             |
|---------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Anatomie . . . . .              | CABROL (C.)                                  | Anesthésiologie .            | VOURC'H (G.)                    |
|                                 | COUINAUD (C.)                                | Bactériologie . . .          | NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i>    |
|                                 | OLIVIER (G.)                                 |                              | BARBIER (P.)                    |
| Anatomie pathologique . . . . . | GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> |                              | CHRISTOL (D.)                   |
|                                 | BUSSER (F.)                                  | Biochimie médicale . . . . . | TOURNIER (P.)                   |
|                                 | GOUYGOU (Ch.)                                |                              | DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i>  |
|                                 | ORCEL (L.)                                   |                              | POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i> |
|                                 | PAILLAS (J.)                                 |                              | SCHAPIRA (G.) <i>m. conf.</i>   |

## MM.

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Biologie<br>médicale . . . .   | BOURLIÈRE (F.) <i>m. conf.</i>                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Carcinologie . .               | DENOIX (P.)<br>MATHE (G.)                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Dermato-<br>Syphiligraphie .   | DUPERRAT (B.)                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Electro-<br>Radiologie . . .   | LEDoux-LEBARD (G.)                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Embryologie . .                | Tuchmann-Duplessis (H.)                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Hématologie . .                | BILSKI-PASQUIER (G.)<br>DAUSSET (J.)                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Histologie . . .               | COUJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i><br>MAROIS (M.)<br>RACADOT (J.)                                                                                                                                                                                                                          |
| Hydrologie . . .               | CORNET (A.)                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Hygiène . . . .                | BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i><br>CORRE-HURST (Mme L.)                                                                                                                                                                                                                                   |
| Maladies<br>infectieuses . .   | BASTIN (R.)<br>DUPONT (V.)                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Médecine<br>légale . . . . .   | DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i><br>HADENGUE (A.)<br>FOURNIER (E.)<br>GUENIOT (M.)                                                                                                                                                                                                      |
| Médecine<br>du travail . . .   | ALBAHARY (C.)                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Neuro-chirurgie                | DAVID (M.)                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Neurologie . .                 | LHERMITTE (F.)                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Obstétrique . .                | GRANJON (A.)<br>HERVET (E.)<br>LE LORIER (G.)<br>MORIN (P.)<br>MUSSET (R.)<br>ROBEY (M.)<br>THOYER-ROZAT (J.)                                                                                                                                                                          |
| Ophthalmologie                 | BRÉGEAT (P.)<br>SARAUX (H.)                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Orthopédie . .                 | JUDET (R.)<br>RAMADIER (J.)                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Oto-rhino-<br>laryngologie . . | DEBAIN (J.)                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Parasitologie . .              | BRUMPT (L.C.) <i>pr. s. ch.</i><br>CHABAUD (A.)                                                                                                                                                                                                                                        |
| Pathologie<br>chirurgicale . . | BARCAT (J.)<br>BINET (J.-P.)<br>CAUCHOIX (J.)<br>CHATELIN (C.-L.)<br>DUBOST (Ch.)<br>DUBOST (Cl.)<br>FAUREL (J.)<br>FLABEAU (F.)<br>GERMAIN (A.)<br>LAURENCE (G.) <i>agr. per</i><br>LORTAT-JACOB (J.-L.)<br>LOYGUE (J.)<br>MERCADIER<br>PERROTIN (J.)<br>ROBERT (H.)<br>THOMERET (G.) |

## MM.

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pathologie<br>exotique . . . .   | SCHNEIDER (J.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pathologie<br>expérimentale .    | CROSNIER (J.)<br>HARTMANN (L.)<br>LCEPER (J.)<br>MAURICE (J.)<br>PLAS (F.)<br>RICHET (G.)                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Pathologie<br>médicale . . . .   | AUSSANNAIRE (M.)<br>BOUR (H.)<br>BOUVIER (J.)<br>BOUVRAIN (Y.)<br>BRICAIRE (H.)<br>BRISAUD (H.)<br>BROCARD (H.)<br>BUGE (A.)<br>CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i><br>CATINAT (J.)<br>CONTAMIN (F.)<br>COURY (C.)<br>FREZAL (J.)<br>HOUSSET (E.)<br>LAROCHÉ (Cl.)<br>LESOBRE (R.)<br>MACREZ (C.)<br>NICK (J.)<br>PEQUIGNOT (H.) <i>m. conf.</i><br>ROYER (P.)<br>WOLFROMM (R.) |
| Pédiatrie-<br>Puériculture . .   | JOSEPH (R.)<br>MANDE (R.)<br>MOZZICONACCI (P.)<br>POLONOVSKI (C.)<br>ROSSIER (A.)                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Pharmacologie .                  | LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i><br>BOISSIER (J.)<br>LECHAT (P.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Physiologie . .                  | PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i><br>DEJOURS (P.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Physique<br>médicale . . . .     | GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Pneumo-<br>Ptisiologie . .       | KREIS (B.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Psychiatrie . . .                | PICHOT (P.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Psychiatrie<br>infantile . . . . | DUCHÉ (D.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Rhumatologie . .                 | DELBARRE (F.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Stomatologie . .                 | CERNÉA (P.)<br>CHAPUT (Mme A.)<br><i>m. conf. agr.</i><br>GRELLET (M.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Thérapeutique .                  | CHASSAGNE (P.)<br>LAMOTTE (M.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Urologie . . . . .               | QUENU (L.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

#### A TITRE PERMANENT

|                          | MM.                               |                                      | MM.              |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| Clinique<br>chirurgicale | { ABOULKER (P.)                   | Clinique neuro-<br>rhumatologique    | DE SÈZE (S.)     |
|                          | { AMELINE (A.)                    |                                      |                  |
|                          | { HUGUIER (J.)                    | Clinique<br>obstétricale             | { GRASSET (J.)   |
|                          | { LÉGER (L.)                      |                                      | { LEPAGE (F.)    |
|                          | { OLIVIER (C.)                    |                                      | { MAYER (M.)     |
|                          | { PADOVANI (P.)                   |                                      | { MERGER (R.)    |
|                          | { POILLEUX (F.)                   |                                      | { RAVINA (J.)    |
|                          | { ROUX (M.)                       |                                      |                  |
| Clinique<br>médicale     | { VERNE (J.-M.)                   | Clinique<br>ophtalmologique          | { DESVIGNES (P.) |
|                          | { HAGUENEAU (J.) <i>pr. s. ch</i> |                                      | { OFFRET (G.)    |
|                          | { BOUDIN (G.)                     | Clinique O.R.L.                      | MADURO (R.)      |
|                          | { CONTE (M.)                      | Clin. pédiatrique<br>et puériculture | LAPLANE (R.)     |
|                          | { DOMART (A.)                     | Clinique<br>psychiatrique            | BARUK (H.)       |
|                          | { MILLIEZ (P.)                    | Clinique<br>urologique               | KUSS (R.)        |
|                          | { PERRAULT (M.)                   |                                      |                  |
|                          | { RAMBERT (P.)                    |                                      |                  |
|                          | { THIEFFRY (S.)                   |                                      |                  |
|                          | { TURIAF (J.)                     |                                      |                  |

### IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

|                                   |                                            |
|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| Bactériologie . . . . .           | HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>     |
| Biochimie médicale . . . . .      | ETTORI (J.) <i>prof. à titre personnel</i> |
| Pathologie chirurgicale . . . . . | RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>       |

|                                            |                                                         |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Secrétaire général de la Faculté . . . . . | M. LENA (J.)                                            |
| Secrétaires . . . . .                      | Mme BEURLAND (H.),<br>Mlles CHAINTREUIL (G.), HURÉ (A.) |

|                                                                      |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Conservateur, chargé de la direction de la<br>Bibliothèque . . . . . | M. le Docteur HAHN (A.)                                              |
| Conservateurs . . . . .                                              | Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)                                 |
| Bibliothécaires . . . . .                                            | Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.),<br>LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.) |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LOUIS SEBILEAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Chirurgien-Chef de l'Hôpital de La Roche-sur-Yon

*Qui fut toujours pour moi le meilleur des guides et le plus sûr des conseillers.*

ET A MA MÈRE

*A tous deux je redis ici toute ma filiale gratitude et ma profonde tendresse.*

A MES FRÈRES ET SŒURS,  
BEAUX-FRÈRES ET BELLE-SŒUR

ET EN PARTICULIER

A MON FRÈRE BERNARD

Diplômé de Sérologie

A MON BEAU-FRÈRE, LE DOCTEUR B. JOUHIER

*En gage de fraternelle affection.*

A MES NEVEUX ET NIÈCES

A MON GRAND-PÈRE  
ET A MA TANTE ANDRÉE

*Je leur dois tant à tous deux.*

A MES ONCLES ET TANTES,  
COUSINS ET COUSINES

*Si nombreux sont parmi eux ceux qui m'ont précédé, m'accompagnent ou me suivront dans la belle carrière médicale, que je ne saurais tous les nommer.*

A TOUS LES MIENS

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-ONCLES

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU

Membre de l'Académie de Médecine  
Professeur à la Faculté de Médecine  
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Son nom si lourd à porter fut souvent  
pour moi le meilleur des réconforts dans les  
heures difficiles.*

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN PETIT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Chevalier de la Légion d'Honneur

A LA MÉMOIRE DE MON PARRAIN

LE LIEUTENANT HENRI POTIÉ

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Mort au Champ d'Honneur.*

## A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. VARANGOT

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale à l'Hôpital Port-Royal  
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux  
Maître de Recherches du C.N.R.S.  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter  
la présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression  
de ma respectueuse reconnaissance.*

## A MES JUGES

*Hommages respectueux.*

A TOUS MES MAITRES  
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. CHARTIER

Ancien Chef de Clinique Gynécologique à la Faculté  
Assistant en Gynécologie Obstétrique des Hôpitaux de Paris

*Dont le précieux enseignement fut toujours donné avec tant de bienveillance.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.*

A MESSIEURS LES MÉDECINS,  
CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES  
DE L'HOPITAL DE LA ROCHE-SUR-YON

*Qui m'accueillirent toujours avec tant de  
bienveillance et furent pour moi les meil-  
leurs des maîtres.*

*Avec toute ma reconnaissance.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT  
A L'HOPITAL DE LA ROCHE-SUR-YON

A TOUS MES AMIS

ET EN PARTICULIER A TOUS CEUX  
DE LA TROUPE GÉNÉRAL LECLERC  
ET DU COLLÈGE RICHELIEU



## INTRODUCTION

---

Il nous a été donné, très récemment, d'observer un cas de grossesses simultanées intra et extra-utérines.

Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de faire une revue générale de cette question dans un cadre élargi, ce qui nous a amené à envisager ici le problème des grossesses multiples ectopiques dans leur ensemble (et il nous semblerait plus exact de préciser « totalement ou partiellement ectopiques », puisque certaines formes comportent une grossesse utérine).

La classification couramment adoptée sera la nôtre, à savoir :

- 1° Les grossesses extra-utérines multiples unilatérales.
- 2° Les grossesses extra-utérines bilatérales, dont les auteurs sont unanimes à penser qu'elles sont les plus rares.
- 3° Les grossesses simultanées intra et extra-utérines qui semblent, elles, les moins rares — et ne sont évidemment que « partiellement ectopiques ».

Chacune de ces variétés sera envisagée dans un chapitre distinct étudiant successivement :

- l'historique de la question ;
- l'étude des statistiques de fréquence ;
- l'étude clinique générale, le diagnostic et l'évolution du symptôme clinique ;
- les formes cliniques plus rares ou exceptionnelles ;
- le traitement ;
- le pronostic immédiat et plus lointain au point de vue gynécologique et obstétrical.

Enfin, pour chaque type étudié, nous présenterons quelques observations qui nous auront semblé caractéristiques.

Nous tenterons alors une conclusion générale de la question. Enfin, nous donnerons une bibliographie, autant française qu'étrangère, aussi complète que possible.

## CHAPITRE I

# LES GROSSESSES MULTIPLES ECTOPIQUES UNILATERALES

---

Ce n'est pas sans raisons que nous avons placé en tête de notre étude ce type de grossesses souvent dénommées grossesses tubaires géminaires (mais nous trouvons ce terme trop peu explicite et trop restrictif).

Il constitue en effet, à vrai dire, plus une curiosité scientifique qu'une entité clinique bien définie, et son étude sera plus simple et partant moins intéressante que celle des autres variétés.

## HISTORIQUE

Les auteurs sont à peu près unanimes pour reconnaître que la première observation publiée le fut par DE OTT en 1891.

Depuis cette date, des cas identiques ont été régulièrement rapportés, mais principalement à l'étranger, car nous n'avons retrouvé que peu d'observations françaises (signalons ici les noms de LAUNAY et SÉGUINOT en 1911 ; COTTE en 1924 ; GIRAUD en 1935 ; DESJACQUES en 1947).

Les derniers cas que nous ayons relevés dans la littérature sont dus à des auteurs américains (DEMICK, 1958 ; BUCKLIN, 1959).

## STATISTIQUES

En 1922, SIPPEL prétend avoir dénombré 250 cas de grossesses tubaires géminaires.

Mais DEMICK, en 1958, ne relève que 82 cas authentiques (dont une variété interstitielle).

Et en 1959, BUCKLIN confirme ce fait en affirmant qu'il n'y aurait guère eu que 80 publications de cette sorte.

Alors que TROLLE se montre un peu plus généreux lorsqu'il avance le chiffre 100.

Nous avouons avoir été un peu étonné par la faiblesse de tels chiffres.

Car enfin, la proportion des grossesses extra-utérines par rapport aux grossesses normales varie de 0,35 à 0,5 % selon les auteurs.

Par ailleurs, on compte environ 460 grossesses gémellaires uniovulaires pour 100.000 grossesses simples (statistique allemande portant sur plus de 40 millions de gestations).

Il semble bien en conséquence que la proportion des grossesses tubaires gémellaires (et encore ne comptons-nous pas ici les biovulaires qui sont certainement l'exception, mais demeurent possibles) doive être plus élevée que ne le suggèrent les 100 cas publiés approximativement.

Les calculs faits, selon la loi des grands nombres, nous montrent en effet qu'il serait possible d'observer 1,8 à 2 gestations gémellaires ectopiques unilatérales pour 100.000 grossesses normales seulement. On voit que nous sommes loin du compte.

STYSKALOVA, d'ailleurs, qui a publié en 1935 une imposante statistique portant sur 1.034 cas de grossesses extra-utérines, y a noté la présence de 2 grossesses de cette sorte (proportion plus proche de notre calcul théorique mais qui nous semble encore faible). Comment tenter d'expliquer cette apparente discordance entre les faits cités et les probabilités mathématiques ?

Nous faisons ici deux suggestions :

- ou bien la trop grande discrétion des chirurgiens ou spécialistes est la cause du petit nombre de relations publiées ;
- ou bien le praticien n'a pas toujours à l'esprit la possibilité d'une telle éventualité, ni les facultés de faire faire à chaque exérèse un examen anatomo-pathologique complet, ce qui expliquerait que nombre de cas demeurent ainsi méconnus.

Nous pensons en fait que ces deux facteurs doivent entrer en jeu simultanément pour expliquer la discordance précitée.

## PATHOGÉNIE

Les auteurs sont d'accord pour conclure que le plus souvent il doit s'agir d'une grossesse uniovulaire.

Ce fait expliquerait bien la localisation volontiers tubaire d'une telle gestation : l'œuf fécondé en voie de division acquérant rapide-

ment un volume supérieur à celui d'un œuf normal, on conçoit dès lors que le cheminement intra-tubaire en soit plus lent et plus difficile, et que sa nidation se fasse dès lors volontiers en dehors de l'utérus.

Il est bien évident qu'entrent certainement aussi en ligne de compte les lésions ou malformations tubaires que nous étudierons au chapitre suivant et qui ne peuvent que favoriser un tel mécanisme.

## ÉTUDE CLINIQUE DIAGNOSTIC — ÉVOLUTION

1) CLINIQUEMENT, la grossesse tubaire multiple unilatérale ne se présente pas autrement qu'une grossesse ectopique unique, dont nous n'avons pas à retracer le tableau ici.

Qu'on sache simplement que sur les 28 cas que nous avons personnellement relevés :

- 2 fois seulement l'intervention a précédé la rupture de la trompe gravide — ou l'avortement tubaire ;
- 2 fois la grossesse double aurait été à terme (?) ;
- les autres observations ne font que reprendre l'histoire d'une rupture ou d'un avortement tubo-abdominal de grossesse ectopique banale, imposant l'intervention d'urgence (le plus souvent avant le troisième mois).

Et c'est dès lors à l'examen attentif de la pièce opératoire que l'on pourra poser le diagnostic de variété.

2) DEMICK signale pourtant un cas où le diagnostic pré-opératoire de grossesse gémellaire tubaire aurait été soupçonné : antécédents multiples de gémellité avec perception à l'examen d'une masse annexielle particulièrement volumineuse pour l'âge de la grossesse.

### 3) LE DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET EMBRYOLOGIQUE.

Sur les 28 cas étudiés, nous avons relevé :

- 8 cas de grossesses monochoriales avec :
  - 6 grossesses monoamniotiques ;
  - 2 grossesses biamniotiques ;
- et 3 cas de grossesses bichoriales

(les autres observations ne donnant pas ces précisions).

— DEMICK, par ailleurs, signale dans son observation la présence de deux corps jaunes de gestation sur le même ovaire, sans préjuger cependant de la nature uni ou biovulaire de la grossesse.

— La taille des fœtus observés, enfin, est plus souvent différente qu'identique, plusieurs auteurs semblant penser, d'après leurs observations histologiques et embryologiques, que l'évolution d'un des deux fœtus avait cessé, l'autre continuant de grandir, avant que ne se produise l'accident hémorragique.

4) Nous avons déjà dit que l'ÉVOLUTION se fait le plus souvent vers la rupture, quelquefois vers l'avortement tubo-abdominal.

Et nous avons signalé 2 cas où une telle grossesse ectopique gémellaire aurait évolué jusqu'à terme.

## FORMES CLINIQUES EXCEPTIONNELLES

— Deux cas sont rapportés où, à la grossesse gémellaire tubaire, correspond une grossesse simple de l'autre trompe. Ces cas de tri-gémellité rentrent donc autant dans le cadre de ce chapitre que du chapitre suivant.

— Une fois, l'examen anatomo-pathologique a montré la présence de trois fœtus dans une seule et même trompe.

— TREUBE a même signalé une observation de gémellité quintuple unilatérale.

Par ailleurs :

— TROLLE signale la coexistence unilatérale d'une grossesse ampullaire de deux mois, rompue, et d'une môle isthmique.

— KOLAK a observé une gestation double intra-ligamentaire.

— DESJACQUES a trouvé dans une trompe un fœtus monstrueux à deux têtes.

— Enfin, DEICHGRABER note la présence concomitante d'un fœtus de 30 cm et d'un jumeau beaucoup plus petit, mort de longue date.

## TRAITEMENT

Il ne sera point différent de celui de toute grossesse ectopique banale, sachant l'importance d'une excellente réanimation, si besoin est, ainsi que l'utilité d'une intervention toujours à minima, aussi conservatrice que possible chaque fois qu'on le pourra.

## PRONOSTIC

1) IMMÉDIAT, il est bon actuellement grâce aux thérapeutiques substitutives dont nous disposons et aux anesthésies impeccables qui sont administrées par nos spécialistes.

Nous n'avons relevé qu'un cas de mort maternelle, et dans une observation ancienne.

2) OBSTÉTRICAL ULTÉRIEUR, il sera bien sûr fonction de l'état de l'autre trompe car il est certain que la conservation de la trompe gravide est, dans ces cas de gémellités, bien rare à pouvoir réaliser.

Signalons, avant de rapporter deux observations assez caractéristiques, la belle photographie de gémellité monochoriale biamniotique de la trompe gauche qui figure dans l'article de CAMERON.

## OBSERVATIONS DE GROSSESSES MULTIPLES ECTOPIQUES UNILATERALES

### OBSERVATION N° 1

(J. GIRAUD)

Femme de vingt-neuf ans, mariée depuis deux ans — Pas de grossesse ni d'avortement.

Le 29 décembre, alors que la grossesse est connue (les dernières règles sont du 20 septembre), à 6 heures du soir, violente douleur abdominale qui détermine une syncope prolongée.

Le médecin porte le diagnostic d'inondation péritonéale. On note en effet à l'examen :

- un abdomen résistant mais sans contracture, à maximum douloureux à gauche, avec douleur sous-costale droite ;
- au T.V. : douleur atroce dès l'introduction des doigts.

L'aspect général et l'état du pouls à 140 confirment le diagnostic et imposent l'intervention d'urgence.

*Intervention (23 heures) :*

Sous A.G. à l'éther, médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, un flot de sang s'échappe. La main ramène la trompe gauche éclatée d'où émerge un placenta et un fœtus bien conformé de trois mois environ.

Après résection rapide de l'annexe gauche, on explore le Douglas dans le but d'examiner la trompe droite et de ramener quelques caillots.

A notre grande surprise, nous extrayons un second fœtus un peu plus petit, également bien conformé. Suture en trois plans sans drainage.

Suites troublées par une congestion pulmonaire bilatérale et un hématome pariétal.

Sort guérie le 17 janvier 1935.

Observation typique qui montre l'intérêt d'une exploration toujours très complète du petit bassin au cours de toute intervention sur les annexes.

Par contre, atypie de l'évolution : cette grossesse a en effet atteint le troisième mois sans manifestations cliniques pouvant la dévoiler.

OBSERVATION N° 2

(R. BUCKLIN)

Femme noire de vingt-quatre ans — Régulée normalement tous les vingt-huit jours pendant cinq jours — Deux grossesses normales — Pas d'avortement — Pas d'antécédents de gémellité dans la famille — Dernières règles le 22 mai 1958.

Admise le 16 juillet 1958 pour métrorragies et douleurs abdominales durant depuis six heures (mais a eu la veille une petite perte de sang indolore).

*A l'examen :*

- T.A. 12-6. Pouls à 92.
- Abdomen : sensibilité de la région sus-pubienne.
- T.V. : sang noir dans le vagin ; col fermé ; utérus augmenté de volume comme pour une grossesse de deux mois et demi.
- Pas de masse annexielle perceptible.

Le lendemain, les douleurs abdominales persistent et apparaît une douleur thoracique droite s'accroissant à l'inspiration profonde (mais pas d'image pathologique à la radiographie).

Le 18 juillet, la numération montre une chute des globules rouges et de l'hémoglobine et on décide d'intervenir.

*Intervention :*

- Sang dans l'abdomen.
- Trompe gauche étirée et très distendue au niveau du 1/3 externe. Sang par le pavillon. Résection.
- Trompe droite : obstruction du pavillon. Plastie.
- Utérus recouvert d'adhérences fibrinoïdes et augmenté de volume.

*Examen anatomo-pathologique (GROSS) :*

Dans la lumière de la trompe gauche, on trouve un placenta de 4 cm dans son plus grand diamètre avec un cordon de 2,5 cm allant à un fœtus normalement développé de 4 cm de long, dont on ne peut déterminer le sexe.

Mais on trouve aussi un autre fœtus plus petit (2,5 cm), macéré, relié par son cordon au placenta unique.

Observation montrant les difficultés que peut poser le diagnostic de grossesse tubaire, et l'intérêt d'un examen anatomo-pathologique de la trompe gravide enlevée.

## CHAPITRE II

### LES GROSSESSES EXTRA-UTERINES BILATERALES

---

Le problème de la grossesse extra-utérine bilatérale se pose un peu différemment par les intéressantes discussions qu'il soulève.

#### HISTORIQUE

Le premier cas retrouvé remonterait à 1595 et aurait été publié par NOIER. Cas très curieux qui vaut qu'on le détaille quelque peu :

Femme de trente ans ayant eu 8 grossesses normales. En mai 1591, se déclare une nouvelle grossesse non suivie d'accouchement au bout de 9 mois. En mai 1594, nouvelle gestation, mais pas de délivrance au neuvième mois. En juin 1594, on incise un abcès de la région abdominale droite et on a la surprise d'en extraire un fœtus momifié de 4 ans. Quelques jours plus tard, nouvelle incision et nouvelle extraction d'un deuxième fœtus mort mais plus jeune (\*).

— Le deuxième cas publié est celui de KING, en 1747, mais l'observation en est peu précise.

— DUFF, en 1895, publie une observation précise dans laquelle le diagnostic de grossesse extra-utérine bilatérale ne fait pas de doute.

— Depuis cette date, d'assez nombreux cas ont été relevés et nous signalons tout particulièrement les noms de FISHBACK qui a bien étudié les critères d'authentification de ces grossesses, et de COX et STEINBERG qui en ont publié une importante statistique.

---

(\*) In *Journal Médical de Paris*, 1785.

— Très récemment, en France, D'HUART en 1959, et VERNE, CRÉPATTE et BANGALTER en 1960, ont publié de belles observations (ces derniers soulevant à juste titre le problème d'une possible superfétation, nous y reviendrons) — sans oublier la publication de H. ROBERT en 1957. A l'étranger, les observations les plus récentes sont celles de ROSS et DESBORDES, et P.C. WILLIAMS en 1957 ; DEMICK en 1958, et BUCKLIN en 1959.

## STATISTIQUES

1) En 1950, STEWART compte 140 cas de cette sorte, mais ROSS n'en relève que 94 en 1953.

En 1956, HOERNER signale 110 publications authentiques, alors qu'en 1958 DEMICK ne retient que 96 cas indubitables ; cependant que BUCKLIN avance en 1959 le chiffre de 114.

Enfin D'HUART, dans son article, se basant sur la statistique de HOERNER, y ajoute les 10 cas publiés depuis, pour arriver à un total de 120.

2) Par rapport au chiffre global des grossesses extra--utérines de tous types, on peut relever les différents pourcentages suivants :

- ABRAMS et KANTER : 1 cas de grossesse bilatérale sur 1.580.
- STISKALOVA : 3 cas sur 1.034.
- TILLY GUDDEN : 1 cas sur 423.
- P.F. WILLIAMS : 1 cas sur 132.
- KUPERCYNG : 4 cas sur 45.

Au total, la majorité des auteurs admet que la grossesse ectopique bilatérale est la plus rare des grossesses multiples ectopiques, bien que certains (SMITH) avancent des pourcentages de plus de 10 % par rapport au total des grossesses ectopiques, ce qui nous semble tout à fait exceptionnel, si l'on s'en rapporte aux statistiques ci-dessus indiquées, et au total des cas publiés jusqu'à ce jour.

(Nous tenterons de donner plus loin une explication à cette apparente discordance des chiffres.)

— Signalons encore (d'après HUART) qu'en moyenne l'âge de la femme se situerait entre vingt-cinq et quarante ans — qu'il s'agirait le plus fréquemment d'une multigeste — et exceptionnellement d'une femme de race jaune.

## ÉTUDE CLINIQUE ÉVOLUTION DU SYNDROME

Nous avons relevé personnellement 97 cas de grossesses extra-utérines bilatérales.

Cette étude nous a montré que le tableau clinique, là aussi, ne différerait en rien de celui couramment observé dans les grossesses ectopiques simples : retard de règles, douleurs abdominales, pertes sanglantes, vertiges ou lipotymies.

L'évolution de l'affection est en général tout aussi classique.

1) CLINIQUEMENT donc, le diagnostic porté est celui de grossesse extra-utérine (rompue — en voie de rupture — ou non rompue) avec toutes les conséquences qui en résultent.

C'est alors la laparotomie, le plus souvent faite d'urgence, qui va montrer l'existence de la double gestation.

Seul LOEWIS signale avoir posé pré-opératoirement un diagnostic de probabilité de grossesse double sur la constatation de masses annexielles bilatérales chez une femme ayant des antécédents de gémellité.

On peut certes envisager d'autres cas où ce diagnostic serait théoriquement faisable :

- soit ruptures successives des deux trompes, la première réalisant un tableau assez fruste qui n'entraîne pas d'intervention parce que la lésion se limite, alors que la deuxième, s'accompagnant de signes locaux *de l'autre côté*, pourrait suggérer le diagnostic de double rupture que vérifierait la laparotomie ;
- soit encore la possibilité de grossesses bilatérales, mais successives (voir plus loin) avec, à deux périodes bien distinctes, des signes de grossesses suivis de signes de rupture.

Mais, même alors le diagnostic demeure très difficile et il semble parfaitement logique qu'il ne soit pour ainsi dire jamais posé avant l'intervention.

2) L'ÉVOLUTION se fait vers les habituels accidents hémorragiques :

- le plus souvent (environ trois fois sur quatre), il n'y a rupture que d'une des trompes gravides ;
- assez souvent encore, on note un avortement tubo-abdominal bilatéral ;

- rarement, la rupture est simultanément bilatérale ; mais les ruptures peuvent être successives, la première se faisant à bas bruit, alors que la seconde réalise le tableau classique ;
- enfin, nous avons noté la possibilité d'une rupture d'un côté avec un avortement tubo-abdominal de l'autre (notamment dans l'observation de VERNE et coll.).

## DIAGNOSTIC

Cliniquement, c'est celui de toute grossesse extra-utérine.

Nous exposerons plus loin, longuement, les problèmes soulevés par le diagnostic de variété.

Reste la question essentielle des CRITÈRES HISTOLOGIQUES indispensables pour pouvoir affirmer la grossesse bilatérale.

FISHBACK a bien montré, et cela est parfaitement logique, qu'un tel diagnostic ne pourra être porté que si l'examen anatomo-pathologique retrouve *dans les deux trompes, au minimum des fragments placentaires*. En est-il toujours ainsi ? On peut en douter à la lecture de certaines observations où aucun critère de cette sorte n'est affirmé.

Et cela pourrait expliquer les discordances que nous avons signalées lors des études statistiques. Il est donc fort possible que certains cas publiés soient sujets à caution, puisqu'on sait que la simple réaction déciduale de la muqueuse tubaire ne suffit pas pour porter le diagnostic de gestation ectopique, TILDEN l'ayant retrouvée dans 12 % des cas chez 144 malades ayant subi une salpingectomie après une grossesse normale.

## CLASSIFICATION DE CES GROSSESSES

Elle est très intéressante à étudier et elle a suscité de nombreux travaux.

Nous pensons pouvoir présenter ainsi une question souvent un peu confuse, en distinguant :

1) LES GROSSESSES SIMPLEMENT SUCCESSIVES. Nous rangeons dans ce groupe les cas où la première grossesse a cessé son évolution depuis un temps plus ou moins long, lorsque la deuxième gestation se déclare dans l'autre trompe. (Ainsi la curieuse observation de NOIER rapportée au début de ce chapitre, et dans laquelle un inter-

valle de trois ans, mais il est souvent bien moindre, sépare les deux grossesses.)

L'examen des pièces montrera alors la différence d'âge de ces deux fœtus dont l'un au moins est déjà mort (depuis un temps évidemment variable suivant les cas).

Il est donc un peu abusif d'employer dans ces circonstances le terme de grossesses gémellaires, pour ces grossesses qui, en fait, ont évolué successivement à des périodes bien distinctes l'une de l'autre, n'ont jamais « coexisté » et n'ont pour caractère commun que d'être découvertes lors de la même et unique laparotomie (le plus souvent à la rupture de la deuxième grossesse).

Nous avons néanmoins tenu, pour ce fait, à les inclure dans notre étude.

2) LES GROSSESSES SIMULTANÉES ET CONTEMPORAINES, et nous entendons par là les grossesses dans lesquelles les deux œufs sont d'âge identique ou très proche, selon que l'on a affaire à une double fécondation (fécondation simultanée au cours d'un même coït) ou à une superfécondation (fécondation à une distance de quelques heures ou quelques jours, mais dans le même cycle, au cours de deux coïts distincts).

Ce sont bien là les véritables gestations ectopiques bilatérales évoluant parallèlement comme une gémellaire utérine habituelle. D'ailleurs l'examen des pièces pourra, s'il est complet, confirmer ce diagnostic.

3) CE QUE NOUS APPELLERONS LES GROSSESSES SIMULTANÉES MAIS NON CONTEMPORAINES, et nous entendons par là des grossesses au cours desquelles les deux œufs évoluent (ou ont évolué, si l'un d'eux est venu à mourir) simultanément, mais sont d'âge notoirement différent.

On pourrait encore donner (comme le fait D'HUART) le nom de grossesses réitérées à ces grossesses dans lesquelles une gestation extra-utérine avancée existait déjà d'un côté lorsque la deuxième s'est déclarée de l'autre.

(Il est bien évident que le diagnostic entre une telle grossesse comportant un œuf mort et la variété que nous avons appelée « simplement successive » et comportant un intervalle limité entre les deux gestations, est d'une difficulté extrême. Il nous a semblé cependant intéressant d'en faire la distinction, car ce sont là problèmes ardu posés à l'anatomo-pathologiste et à l'embryologiste.)

Mais cette variété a surtout le mérite de poser, et elle seule, le problème si discuté et si controversé de la superfétation (fécondations successives au cours de deux cycles différents, en général successifs).

SPIER, DOHMANN et VERNE (et coll.) en ont rapporté des observations.

Celle de SPIER ne nous est pas connue, mais nous avons lu celles de DOHMANN et de VERNE.

DOHMANN rapporte l'histoire d'une superfétation pour lui certaine, avec deux fœtus d'âge différents, chacun correspondant à une fécondation bien distincte dans le temps (provenant de deux coïts fécondants à dates différentes).

Mais VERNE qui a repris, avant nous et avec beaucoup plus de compétence, de très près, et l'observation et le compte rendu anatomopathologique, pense qu'il s'agit beaucoup plus vraisemblablement d'une grossesse isthmique *suivie seulement* d'une grossesse ampullaire controlatérale, sans qu'il y ait jamais eu coexistence. Cette soi-disant superfétation rentrerait alors dans le cadre du type 1 de notre classification.

Par contre, l'observation de VERNE, CREPATTE et BANGALTER, extrêmement sérieuse et documentée au point de vue anatomopathologique et embryologique pose nettement le problème d'une possible superfétation. Il s'agit en effet d'un cas d'interruption de grossesse tubaire bilatérale par hémorragie bilatérale simultanée à type d'inondation cataclysmique (grossesse isthmique droite rompue et avortement tubo-abdominal gauche), suggérant dès l'abord, de par la taille différente des œufs, la possibilité d'une différence notable d'âge entre les deux embryons.

La discussion porte essentiellement sur l'âge et la vitalité de l'œuf manifestement le moins évolué (le plus développé étant de toute évidence vivant et ayant entre 2 mois et 2 mois 1/2).

Pour les embryologistes, cet œuf est vivant mais il a souffert.

Pour CHOMÉ, cet œuf est probablement mort.

La distinction est d'extrême importance.

Car si l'œuf est mort depuis deux à trois semaines, on peut s'expliquer la différence d'âge de deux œufs résultant d'une double ovulation avec double fécondation ou superfécondation dans le même cycle.

Mais si l'œuf est vivant, lorsqu'on est intervenu :

- ou bien la différence d'âge est d'un mois au moins et il s'agirait alors de superfétation vraie (dont on sait qu'elle est possible) ;

— ou bien la différence d'âge est inférieure à un mois et il semble probable alors qu'on ne puisse parler que de nidation retardée.

On voit en somme que cette question des grossesses simultanées dites non contemporaines soulève des problèmes extrêmement difficiles et que, par le fait même, le départ entre les différents types de grossesses ectopiques bilatérales peut soulever nombre de discussions qui n'aboutiront pas toujours, loin de là, à une certitude.

4) LES STATISTIQUES d'ailleurs ne sont point toutes d'accord sur les pourcentages respectifs des variétés observées.

Pour SAUVE et FILHOULAND, les examens anatomo-pathologiques montreraient beaucoup plus souvent des grossesses successives que des grossesses coexistantes.

Et cependant, le relevé des observations que nous avons pu consulter nous montre une écrasante majorité de grossesses simultanées, ou du moins dénommées telles, faute, il est vrai, parfois, de tout examen anatomo-pathologique.

On peut penser qu'en fait les grossesses simultanées sont les plus fréquentes mais que souvent aussi les deux œufs ont des stades de développement différents :

- peu différents et il ne s'agirait que de superfécondation au cours du même cycle ;
- sensiblement différents, parce que l'évolution de l'un des œufs se serait arrêtée alors que l'autre aurait poursuivi son évolution normale.

Et cette dernière hypothèse nous semble devoir être assez souvent retenue, puisque dans plusieurs observations l'examen anatomopathologique note bien que l'un des embryons est vivant, alors que l'autre est manifestement mort, voire macéré.

## ÉTIOLOGIE

Elle ne diffère guère de celle de la grossesse ectopique simple.

— Toute lésion tubaire inflammatoire ayant entraîné coudures, sténoses ou adhérences ;

— Toute malformation congénitale : diverticules emprisonnant l'œuf dans une voie sans issue ;

— Toute lésion d'endométriase ;

— Toute intervention chirurgicale portant sur les trompes ;

— Mais aussi des causes plus rares et discutées : hypokinésie tubaire d'origine hormonale (?) ;

— En somme tout retard à la migration ovulaire peut favoriser la survenue d'une grossesse extra-utérine.

Existe-t-il des lésions ou anomalies bilatérales, y a-t-il ensuite ovulation bilatérale, on comprend dès lors que la gestation ectopique des deux côtés soit possible, fréquente pour certains qui pensent que les lésions tubaires que nous avons signalées sont volontiers bilatérales, rare au contraire pour d'autres.

## VARIÉTÉS EXCEPTIONNELLES

— RHEINDT, BITTMANN et PUDNEY ont publié chacun un cas de grossesse double, tubaire d'un côté et ovarienne de l'autre.

— SOURALSKY a trouvé une grossesse tubaire associée à une grossesse abdominale de l'autre côté.

— On a même publié un cas de grossesse ovarienne bilatérale.

Par ailleurs :

— STYSKALOVA signale une observation curieuse associant deux embryons dans une trompe et une môle hydatiforme de l'autre côté.

— VARCHAVSKY et ELENEVSKAJA rapportent un cas où sont associés un lithopédion tubaire et une gestation abdominale.

— LAUNAY a fait paraître en 1910 un article illustré d'une très belle photographie sur un cas de grossesse trigémellaire. L'observation, curieuse, vaut qu'on s'y arrête : il y eut d'abord rupture première de la grossesse tubaire comportant deux embryons, rupture qui fut méconnue, prise pour une appendicite qu'on refroidit. Il se forma un plastron (qui n'était autre que la grossesse rompue enkystée). Secondairement survint un tableau typique de rupture de l'autre trompe en péritoine libre. L'intervention alors pratiquée montra certes la réalité de cette deuxième grossesse, mais fit aussi découvrir dans le soi-disant plastron les deux fœtus de la grossesse rompue trois semaines auparavant.

— Et nous terminerons par la non moins curieuse observation de SOURALSKY (1926) : il s'agit d'une femme opérée pour une tumeur abdominale d'origine inconnue qui se révèle être un volumineux sac contenant un fœtus macéré de huit mois environ. La femme meurt à la suite de cette intervention. Et la vérification permet de découvrir dans une trompe un fœtus mort et macéré de trois mois seulement. Donc cas typique de grossesses successives à rapprocher de l'observation princeps de NOIER.

## TRAITEMENT

Il nous semble extrêmement important d'insister ici sur le fait que, au cours de toute intervention pour suspicion de grossesse extra-utérine rompue, en voie de rupture, ou non encore rompue, le chirurgien ne devra pas manquer d'avoir à l'esprit la coexistence possible des deux gestations ectopiques et devra faire le geste indispensable et simple qu'est l'étude soigneuse de l'annexe opposée à celle qui est manifestement gravide ou rompue. Ainsi ne risquera-t-on pas de méconnaître une grossesse bilatérale (de tels cas ont été publiés) et aura-t-on peut-être la possibilité d'effectuer sur la trompe la moins lésée une intervention conservatrice qui laisserait à la femme une chance de pouvoir mener à bien une grossesse normale ultérieure.

Par contre, une double conservation tubaire semble multiplier les risques par deux en doublant la durée de l'intervention, et certainement sans doubler les chances de gestation utérine future.

VERNE, par exemple, pense que dans le cas qu'il publie, on aurait pu, après ablation de la trompe gauche la plus atteinte, réséquer de l'autre côté l'isthme et dans une intervention ultérieure, comme le préconise H. ROBERT, faire une implantation tubo-utérine « à froid » dans les meilleures conditions techniques.

Il est un point sur lequel les auteurs sont unanimes, c'est celui de la conservation bilatérale des ovaires (sauf cas exceptionnels).

## PRONOSTIC

— Le pronostic maternel immédiat est évidemment fonction de l'importance de l'hémorragie interne qui devra être soigneusement compensée par du sang, du plasma ou des succédanés, voire faute de mieux des sérums glucosés ou physiologiques.

— L'antibiothérapie évitera bien entendu les redoutables complications infectieuses que l'on voyait autrefois (deux cas mortels signalés).

— Quant au pronostic ultérieur au point de vue gestatif, il est fonction de l'intervention qui aura pu être faite. Il n'est pas désespéré, si on a su être conservateur au maximum, puisque nous avons relevé deux cas (GALSTERER et NEUMANN) où une grossesse normale a pu ainsi succéder à une grossesse extra-utérine bilatérale.

## OBSERVATIONS DE GROSSESSES EXTRA-UTERINES BILATERALES

### OBSERVATION N° 1

(SPIER)

Femme de trente-quatre ans — Une grossesse normale en 1944 — Régulée tous les trente jours pendant trois à quatre jours — Avec syndrome prémenstruel — Pas d'antécédents pathologiques notables — Dernières règles le 3 mars 1946.

A) Voit un médecin le 6 mai 1946 ; on note alors : nausées, augmentation de volume de l'utérus (comme une grossesse de deux mois).

— Le 17 juin, légères métrorragies indolores, pendant cinq jours.

— Première semaine de juillet, saigne pendant sept jours.

B) En août, règles normales durant cinq jours.

— Le 16 août, à l'examen, on trouve un utérus de taille normale, manifestement non gravide. Annexes normales.

— En septembre, règles normales.

— En octobre, retard de règles de une semaine, mais rien par ailleurs.

— Ménométrorragies du 8 décembre au 8 janvier 1947.

— Le 9 janvier, un médecin conseille un curetage, pensant à la possibilité d'un avortement incomplet. Mais les hémorragies cessent avant l'hospitalisation et aucune intervention n'est pratiquée.

— Règles normales en janvier, février et mars.

C) Pas de règles en avril.

— Vue par SPIER pour la première fois le 13 mai 1947, parce qu'elle saigne légèrement depuis une semaine et se plaint de douleurs abdomino-pelviennes droites.

A l'examen, utérus mou, augmenté de volume et douloureux à la mobilisation ; l'annexe droite est augmentée de volume, douloureuse, pulsatile et fixée dans le cul-de-sac.

— Le 16 mai : hospitalisation. On fait un test biologique de Friedmann qui, le 19, se révèle positif.

La femme continue à souffrir et à perdre un peu de sang noirâtre, mais le col utérin est fermé. L'utérus est gros et très douloureux, ce qui empêche de le mobiliser.

A droite, dans le cul-de-sac, on note une masse de la taille d'une petite orange, fixée et très douloureuse.

Par ailleurs : numération et formule sanguine montrant 4.090.000 G.R. avec 84,4 % d'hémoglobine ; 8.400 G.B. avec 76 % de polys et 24 % de lymphos.

*Intervention le 19 mai :*

- A.G. Pfannenstiel.
- Sang avec caillots dans l'abdomen.
- Annexe droite : hématosalpinx typique. Ablation de la trompe.
- Deux ovaires normaux.
- En examinant la trompe gauche, on note qu'elle contient une tumeur grêlée et dure, dans sa position ampullaire. La patiente désirant beaucoup être à nouveau mère, on résèque cette portion de la trompe gauche et on fait une implantation tubo-utérine.
- Suites simples. Sortie le sixième jour.

*Anatomo-pathologie :*

- L'examen montre dans les deux trompes la présence de fragments placentaires :
- vivants au niveau de la trompe droite ;
  - à gauche, au contraire, dégénérés, nécrotiques en partie, adhérant à une muqueuse œdématiée.

Au total, femme présumée enceinte en mai, juin, juillet 1946 (A). Mais réglée à nouveau en août. Après une période de un an, où on note des irrégularités mensuelles (B). Tableau typique de grossesse tubaire (C). Et l'intervention retrouve en effet un hématosalpinx droit mais trouve aussi une masse gauche comportant une grossesse ectopique ancienne ayant avorté l'année précédente très probablement, et demeurée silencieuse depuis.

Bel exemple de grossesses successives dans les deux trompes.

Mais aussi exemple des difficultés de diagnostic que peut poser un tel cas.

OBSERVATION N° 2

(AIGROT)

Femme de vingt-trois ans — Pas d'enfants — N'a jamais fait attention à ses règles (!) — Perd du sang noirâtre pendant deux mois.

Dans la nuit du 14 au 15 août 1924, douleur très violente ; vers midi, le 15, pouls extrêmement rapide (130), ventre très douloureux, ballonné, température à 38°.

*Intervention :*

A.G. à l'éther ; menace de syncope anesthésique ; pouls incomptable. On ouvre très rapidement le ventre. Le sang jaillit liquide. On porte rapidement la main à droite pour saisir les annexes et on pose deux clamps car la trompe est rompue et on l'enlève.

On essaie d'éponger le sang, mais en vain. On se porte alors à gauche et on trouve une trompe gauche également rompue. On l'enlève et on referme rapide-

ment, sans chercher à enlever tout le sang qui remplit l'abdomen, tellement l'état général est mauvais.

On fait sérum, adrénaline, camphre.

L'état très précaire dans la journée se relève petit à petit les jours suivants.

Suites troublées par une occlusion, puis une collection purulente du Douglas. Et la malade sort guérie début octobre.

Observation certes un peu ancienne, mais qui a le mérite de montrer la gravité que peut revêtir une rupture bilatérale simultanée ... surtout en 1924 alors qu'on ne disposait pas des moyens modernes de réanimation qui sont maintenant les nôtres.

### OBSERVATION N° 3

(D'HUART)

Femme de quarante et un ans adressée le 23 décembre 1956 pour un syndrome abdominal aigu avec une aménorrhée de cinq semaines et un léger fébricule.

Deux grossesses normales antérieures (filles de dix-neuf et quinze ans).

Depuis quelques jours, douleurs intermittentes de la F.I.D.

#### *A l'examen :*

Etat satisfaisant. Pouls à 86. Température à 37°6.

Abdomen souple mais F.I.D. sensible.

T.V. : col mou fermé. Utérus un peu gros.

Dans le cul-de-sac droit, masse de la taille d'un œuf, molle et très douloureuse. Douglas très douloureux.

Les annexes gauches semblent normales.

La ponction du Douglas qui ramène du sang confirme le diagnostic de rupture de grossesse tubaire.

#### *Intervention :*

Médiane sous-ombilicale. Quelques cuillerées de sang foncé dans le péritoine.

— La trompe droite, de longueur normale, présente dans sa partie moyenne une tuméfaction grosse comme une noix, et un peu de sang filtre au pavillon. En essuyant cette trompe, on enlève les caillots qui y adhèrent et on découvre une rupture de la séreuse. Ovaire droit normal.

— On examine alors les annexes gauches et on y trouve une masse de forme, de grosseur, d'emplacement et d'aspect à peu près identique, mais ne saignant pas et non rompue. Ovaire normal.

— Salpingectomie bilatérale.

— Suites simples. Sortie le quatorzième jour.

*Examen histologique :*

Œuf complet contenant un fœtus de un mois à droite. A gauche, villosités choriales nécrotiques, mais on ne peut trouver l'œuf entier.

Observation typique de grossesse tubaire bilatérale rompue d'un côté. Il semble qu'on aurait pu essayer de conserver la trompe gauche. Il est vrai que la femme a 41 ans et 2 filles de 19 et 15 ans !

---

### CHAPITRE III

## LES GROSSESSES SIMULTANÉES INTRA ET EXTRA-UTÉRINES

---

Nous allons voir que ce sont les moins rares des grossesses ectopiques multiples, mais qu'elles posent parfois des problèmes diagnostiques délicats.

### HISTORIQUE

— La première observation connue (rapportée par NOVAK) est celle de DUVERNEY en 1708.

— La première publication française remonte à 1897. Elle est de TUFFIER et GILBERT : il s'agissait d'une femme qui, quelques semaines après son accouchement, fut opérée d'une tumeur sous-hépatique qui contenait un fœtus macéré de huit mois.

— En 1903, BICHAT étudie cette question dans la *Revue de Gynécologie*.

— En 1907, paraît l'étude classique de NEUGEBAUER.

— FEUGER, en 1919, signale une rupture de grossesse tubaire trois jours après un avortement utérin.

— SIPPEL opère une grossesse tubaire de deux mois et constate avec satisfaction que la grossesse utérine coexistante va à terme.

— De nombreuses observations se succèdent alors (TAUBMANN, DUPONCHEL, REEB, etc.).

— LAUNAY, puis PAGE et FEREY, en 1925, rapportent 2 cas où la grossesse utérine évolue normalement.

— A l'étranger, de nouvelles observations sont rapportées. Signalons tout particulièrement l'étude très complète de NOVAK en 1926.

— De même en France, COTTE-AUVRAY (abortum après rupture de grossesse extra-utérine).

— En 1947, HERNANDEZ rapporte 5 cas personnels.

— Tout récemment enfin, relevons en France, les noms de DUTHOIT en 1952 (4 observations), MAGENDIE et coll. en 1956, BRUN-BUISSON en 1958, CARRIER en 1959.

— Et à l'étranger, ceux de WINER et coll. en 1957 et ZLATNICK en 1958.

## STATISTIQUES

— En 1926, NOVAK recense 276 cas publiés (dont 32 qu'il a rassemblés lui-même).

— En 1938, SLOAT et PETERSON dénombrent 323 observations.

— En 1940, LUDWIG signale 353 cas.

— En 1948, ACOSTA SIMON parle de 357 cas publiés.

— Entre 1940 et 1960, nous avons relevé 75 observations supplémentaires, mais notre statistique est certainement incomplète.

Vis-à-vis du nombre global des grossesses extra-utérines, nous pouvons donner les pourcentages suivants :

— STYSKALOWA : 2 cas sur 1.034 grossesses extra-utérines.

— LEFF et WILSON : 2 cas sur 212.

Contrairement à ce que nous avons signalé aux deux précédents chapitres, nous voyons qu'ici les statistiques des différents auteurs coïncident assez bien (les auteurs français avançant toutefois des chiffres un peu supérieurs à ceux de leurs collègues américains).

## ÉTUDE CLINIQUE ÉVOLUTION — DIAGNOSTIC

1) Il peut s'agir et il s'agit le plus souvent, d'une GROSSESSE JEUNE. Il est alors très rare que le diagnostic de coexistence soit porté avant toute intervention. COTTE et Mlle GRANGETTE signalent cependant un cas où en présence d'un tableau typique de grossesse extra-utérine, on trouve un utérus particulièrement augmenté de volume (plus qu'il n'est habituel en pareil cas), ce qui fait porter avant la laparotomie le diagnostic de simultanéité de gestations intra et extra-utérines.

Cette grossesse va bientôt se manifester par des accidents aigus qui peuvent être de deux types :

a) *Soit accidents évolutifs de la grossesse ectopique, tout d'abord :*

- rupture de trompe gravide ;
- ou simple hématosalpinx ;
- ou avortement tubaire.

— Pouvant soit revêtir l'allure habituelle et alors de diagnostic assez aisé.

— Mais pouvant, comme lors de toute grossesse ectopique simple, réaliser un tableau beaucoup moins franc qui devra être étudié avec beaucoup de soin, en s'aidant au besoin de la cœlioscopie ou de la ponction du Douglas (attention à l'hystérosalpingographie : ne la faire que si on est *absolument certain* de l'absence de grossesse utérine).

On intervient donc, et on peut alors reconnaître la grossesse utérine qui était en général méconnue jusque là. Mais il faut savoir que ce diagnostic même n'est en fait qu'assez peu souvent posé avec certitude lors de laparotomie. Le plus fréquemment, l'existence de la grossesse intra-utérine n'est affirmée (ou découverte) que dans les suites immédiates (l'augmentation de volume de l'utérus trouvée à l'opération n'étant bien souvent que portée au compte de la gestation ectopique). Le moindre doute sera levé si le diagnostic biologique se révèle positif.

Cette grossesse utérine pourra secondairement évoluer normalement vers le terme, mais dans un nombre important de cas, on assiste à un avortement qu'on aura soin d'authentifier avec certitude par l'examen des débris placentaires (afin d'éviter la confusion avec la simple élimination d'une banale caduque utérine).

b) *Soit accidents typiques d'avortement banal*, avec expulsion d'un œuf complet, ou curetage ramenant d'authentiques débris placentaires.

Mais alors, les jours ou les semaines suivantes, le médecin peut être surpris de constater la persistance de signes généraux (pâleur, fatigue, vertiges, température), fonctionnels (douleurs abdominales souvent bâtarde, et surtout métrorragies plus ou moins typiques), physiques (masse annexielle sensible, ou Douglas un peu empâté et douloureux) dont il cherche la cause.

Il faut alors savoir penser à la possibilité de la double gestation extra et intra-utérine et *agir comme on l'aurait fait si l'avortement premier n'avait pas existé*, en mettant en œuvre tous les moyens de diagnostic signalés plus haut pour porter ce diagnostic d'urgence ; nous pouvons en effet admettre avec GELLÉ et DUTHOIT :

« Qu'à part un T.V. positif, aucun signe clinique, au décours d'un avortement, ne peut amener le praticien à un diagnostic certain

de coexistence de grossesse extra-utérine, bien qu'on doive attacher beaucoup d'importance à des métrorragies récidivantes et surtout croissantes, et à des douleurs abdominales sans température, en particulier si elles sont syncopales. »

c) *Rarement, l'avortement et la rupture se font à peu près simultanément :*

— AUVRAY et DELATER signalent cependant l'observation d'une femme qui juste avant d'être opérée pour un hématosalpinx diagnostiqué, fait un avortement.

— KOSOWSKI rapporte une observation presque analogue : avortement cureté suivi immédiatement d'un tableau aigu de rupture de trompe gravide (l'auteur pense que la rupture tubaire a été provoquée par les manœuvres intra-utérines dues au curetage).

Le plus souvent, il y a au minimum quelques jours d'intervalle entre les deux accidents hémorragiques.

2) Beaucoup plus rarement, on se trouve en présence d'une FEMME QUI EST MANIFESTEMENT ENCEINTE : utérus gros, mou et globuleux ; la grossesse évolue déjà depuis un temps notable lorsque surviennent les accidents.

a) *Soit avortement premier : avec tous ses critères de certitude.*

La grossesse ectopique va bientôt se traduire elle aussi par des accidents aigus qu'il va falloir reconnaître. Et nous retrouvons ici les difficultés de diagnostic signalées plus haut (surtout si le tableau est atypique), mais peut-être plus importantes encore du fait que chez cette femme qui présentait une grossesse intra-utérine connue et qui vient d'avorter, on pensera peut-être avant tout à une torsion de kyste de l'ovaire, ou à une crise appendiculaire aiguë (si la grossesse ectopique est droite), ou encore à une annexite du *post-abortionum*).

Il ne faudra pas dès lors hésiter à recourir au T.V. soigneux sous anesthésie générale qui pourrait montrer un Douglas empâté ou bombant et mou, ou une masse annexielle (mais peut-être est-ce une annexe infectée ?), et surtout aux investigations très précieuses que sont la cœlioscopie et la colpotomie.

Au moindre doute, intervenir sans attendre, et assez souvent un diagnostic hésitant ne sera précisé (ou un diagnostic erroné, révisé) que lors de la laparotomie qui mettra en évidence la réalité de l'accident tubaire gravidique.

b) *Soit accident aigu premier de la grossesse ectopique :*

Et dans ce cas les difficultés rencontrées peuvent être encore majorées.

En effet, on a affaire à une femme qu'on sait enceinte (son utérus est *certainement gravide*), qui se plaint du ventre et qui saigne.

Qu'est-ce donc ?

— Un avortement ? (on sait que la quasi-coexistence d'avortement et de rupture est possible), mais le col est fermé, et la femme n'expulse aucun œuf, ni aucun débris placentaire. Par ailleurs, le T.V. peut montrer des signes annexiels qui devront être étudiés avec grand soin.

— Une torsion de kyste de l'ovaire ? dont MONDOR a dit que c'est un mélange de signes d'hémorragies utérines, de réactions péritonéales et d'iléus (ce tableau n'est-il pas très proche de celui retrouvé au cours des accidents d'une grossesse ectopique). Mais s'il s'agit d'un kyste, la tumeur est en principe régulière et nettement séparée de l'utérus (alors que la trompe gravide est, théoriquement, globalement augmentée de volume, assez molle, assez sensible, et fréquemment prolabée en bas et en arrière).

— Une appendicite aiguë ? (en cas de grossesse ectopique droite), mais il existe dans ce cas un signe caractéristique qui fait rarement défaut et qui remplace la contracture pariétale : la contracture de défense de l'utérus gravide.

— Une grossesse angulaire ? mais, en principe, on devrait alors trouver un signe de Hégar supérieur ; et la tuméfaction est dans ce cas antérieure et latérale (et non postérieure et latérale). Enfin, MONDOR insiste sur le changement de consistance propre à la grossesse utérine.

En résumé, diagnostic difficile certes, mais non impossible, surtout, et nous y insistons à nouveau, si on a constamment à l'esprit la possibilité d'association grossesse normale - grossesse ectopique.

Là encore l'intervention lèvera les doutes.

Il faut enfin savoir que l'avortement est ici possible dans les jours suivant l'intervention chirurgicale, mais que grâce aux soins que nous étudierons plus loin (et qu'on ne manquera pas de mettre en œuvre puisqu'on sait qu'un fœtus utérin certain est menacé), les chances de voir la grossesse utérine continuer son évolution normale sont bien plus grandes que dans les cas de grossesses jeunes (où la grossesse utérine est souvent encore méconnue).

3) Tout à fait exceptionnellement, le praticien se trouvera au neuvième mois d'une gestation qu'il suit devant le tableau d'une GROSSESSE SIMULTANÉE INTRA ET EXTRA-UTÉRINE A TERME.

On sait les difficultés que pose le diagnostic et le traitement de la grossesse simple ectopique à terme.

On pense bien que les problèmes qui vont alors se poser seront extrêmement délicats à résoudre, même pour le spécialiste averti qui vient d'accoucher par les voies naturelles un enfant normal et qui est vraisemblablement loin de se douter que le jumeau (qu'il aura probablement reconnu) est extra-utérin.

NOVAK signale que deux fois le diagnostic de grossesse extra-utérine à terme a pu être porté immédiatement après la naissance du jumeau utérin, et l'enfant extrait immédiatement par laparotomie. Dans les quelques autres cas publiés, l'extra-utérin ne fut extrait que plus ou moins tard (toujours mort évidemment).

4) Enfin NOVAK signale aussi la possibilité d'un ARRÊT D'ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE (la grossesse utérine continuant à évoluer seule en dominant la scène) :

- soit par fissuration suivie d'enkystement ;
- soit par résolution de cette grossesse qui meurt sur place sans incidents ;
- soit par transformation en lithopédion.

#### 5) STATISTIQUEMENT PARLANT :

Il semble que les deux éventualités les plus fréquentes soient :

- l'accident hémorragique de grossesse ectopique premier ;
- et l'avortement premier.

L'avortement succédant à l'accident tubaire est aussi relativement fréquent (surtout si la grossesse est jeune et la gestation utérine méconnue au début).

La poursuite normale de la gestation intra-utérine, si elle n'est pas rare, n'est cependant pas tellement fréquente, semble-t-il, bien que certains auteurs avancent un pourcentage de plus de 50 % de grossesses à terme. Un chiffre voisin de 25 % nous semble plus vraisemblable.

Et LÉVY-SOLAL note en effet, en 1949, que sur 387 cas relevés par lui dans la littérature, 106 fois seulement la grossesse utérine a poursuivi son évolution, donnant naissance à un enfant vivant.

Ainsi dans les observations rapportées par :

— HERNANDEZ, on note :

- 3 fois : avortement, puis rupture ;
- 1 fois : rupture puis avortement.
- 1 fois : rupture et grossesse utérine à terme.

— ROCHETTE :

- 2 fois : avortement puis rupture.
- 2 fois : rupture puis avortement.
- 2 fois : rupture et grossesse utérine à terme (avec un enfant mort et macéré).

— GELLÉ et DUTHOIT :

- 2 fois : avortement puis rupture.
- 2 fois : rupture puis avortement.

## FORMES CLINIQUES RARES

— Nous avons retrouvé 5 cas de grossesses simultanément à terme.

— 1 cas de gémellaire utérine associée à une grossesse tubaire (LENOZOWSKY).

— 3 cas de coexistence d'une grossesse ovarienne avec une grossesse intra-utérine (MORISSON et coll., SCHUBERT, MULLA et coll.).

— 2 cas de gémellaire tubaire unilatérale coexistant avec une gestation utérine (O'DONNELL, BROWNE et RAINCY SHVEA).

— 1 cas (SUTHERLAND) de coexistence d'une môle tubaire avec une grossesse normale.

## TRAITEMENT

1) En cas d'AVORTEMENT, on ne manquera pas de faire une vérification utérine si besoin, et on fera toujours examiner les produits de curetage.

2) En cas de GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE COMPLIQUÉE DÈS L'ABORD :

— On interviendra sans tarder pour appliquer le traitement chirurgical approprié, sachant être aussi conservateur que possible, notamment vis-à-vis de l'ovaire porteur d'un corps jaune (la trompe étant, elle, trop souvent bien compromise).

— On explorera soigneusement l'annexe opposée.

— On étudiera toujours soigneusement, mais avec une *grande douceur*, l'utérus qu'on pourra trouver manifestement gravide.

— On évitera tout « stress » important chez cette patiente grâce à une anesthésie très bien maniée et aussi peu toxique que possible.

— On instituera d'urgence une réanimation et une équilibration humorale bien comprises effectuées par un spécialiste.

— Enfin, après l'intervention, on ne manquera pas de faire une antibiothérapie systématique qu'on complètera très utilement par des analgésiques, des antispasmodiques et des progestatifs (certains auteurs font même, lors de l'intervention, l'inclusion d'un pellet de progestérone).

On peut espérer ainsi avoir mis toutes les chances de son côté pour voir la grossesse utérine aller à terme, et faire baisser le pourcentage encore important d'avortements secondaires.

## PRONOSTIC

— Maternel immédiat, est celui de toute grossesse ectopique.

— Fœtal, a été étudié longuement.

— Quant à une gestation normale ultérieure, la possibilité en sera, bien sûr, fonction de l'état de la trompe restante.

## OBSERVATIONS DE GROSSESSES SIMULTANÉES INTRA ET EXTRA-UTÉRINES

### OBSERVATION N° 1

(L. SEBILEAU, La Roche-sur-Yon)

(Inédite)

Mme B..., domiciliée à Ardelay (Vendée), est une femme de trente-cinq ans, de santé robuste et de forte constitution.

Réglée à quinze ans. Règles très régulières, tous les vingt-huit jours, durant trois jours, sans phénomènes pré ou intermenstruels notables.

#### *Antécédents :*

— Médicaux et chirurgicaux : R.A.S.

— Gynécologiques : 0.

— Obstétricaux : 4 grossesses normales — 4 accouchements normaux — Pas de fausse-couche.

#### *Histoire clinique :*

Dernières règles normales du 22 au 25 octobre 1959.

— Vingt-huit jours plus tard, les règles n'apparaissent pas à la date prévue.

— Le trente-troisième jour après le début des règles d'octobre, soit le 23 novembre 1959, apparition de pertes sanguinolentes « ne ressemblant pas aux règles habituelles », ayant par intermittence un aspect noirâtre ; arrêt d'une journée au bout de trois jours, puis reprise.

En même temps, douleurs abdomino-pelviennes droites assez sourdes ; pas de vertiges, pas de lipothymies, mais cette femme a nettement « l'impression d'être enceinte ».

— Persistance des mêmes signes, avec un aspect sépia des pertes vaginales, jusqu'au 12 décembre 1959.

— Le 13 décembre 1959, dans la matinée, douleur extrêmement violente de la région abdomino-pelvienne droite, survenant avec une grande brutalité, obligeant la malade à se coucher, et s'accompagnant de lipothymies.

Mme B... fait appeler son médecin (Docteur MOREAU), lequel, sur cette histoire assez typique et sur les données de son examen qui montre entre autres une baisse progressive de la T.A. de 13-8 à 11-6, pose le diagnostic de rupture probable de grossesse tubaire et décide le transfert immédiat à la clinique Saint-Charles de La Roche-sur-Yon.

*Examen à l'entrée :*

Etat général satisfaisant, mais vives douleurs spontanées abdominales basses.

— A la palpation : à travers une paroi un peu épaisse, on trouve un peu de ballonnement mais surtout une douleur basse sus-pubienne.

— Au T.V. : on note une très grande sensibilité du Douglas, autant à droite qu'à gauche, avec un épaississement haut placé du cul-de-sac.

Le diagnostic posé est celui d'hématosalpinx.

*Intervention immédiate (Docteur SEBILEAU — Anesthésiste : Docteur CHEVALLIER) :*

Perfusion de sang isogroupe conservé.

C.R.O. : un peu de sang libre dans le ventre et un certain nombre de caillots dans le pelvis, notamment dans le Douglas.

— On note de suite que l'utérus est gros, plus gros, est-il indiqué sur la fiche, qu'il n'est habituel de le voir en pareil cas (mais on ne pense pas à ce moment à la possibilité d'une grossesse utérine associée).

— Au niveau des annexes gauches : hématosalpinx non rompu, mais en voie d'avortement ; la masse est grosse comme une prune.

Salpingectomie gauche, car il apparaît impossible de conserver la trompe. Conservation de l'ovaire.

— A droite, les annexes sont saines.

— On termine par une appendicectomie complémentaire avec enfouissement.

— Toilette péritonéale soigneuse. Paroi.

L'examen de la pièce opératoire montre la présence d'un œuf de un mois et demi.

Les suites opératoires sont, chez Mme B..., remarquablement simples. Elle a été très bien équilibrée au point de vue sanguin, et elle peut sortir le onzième jour, soit le 24 décembre 1959.

*Ultérieurement :*

Rentrée chez elle, Mme B... reprend une activité très modérée, mais les jours suivants elle se plaint de quelques malaises digestifs (vagues pesanteurs ; impression de ballonnement). Le Docteur MOREAU prescrit un peu d'atropine qui améliore les choses.

Malgré cela, et malgré le repos, la patiente demeure nauséuse, fatiguée, dolente.

Revue en consultation par le Docteur SEBILEAU (le 29 janvier 1960) qui note : bonne cicatrice pariétale. Abdomen normal. Mais utérus très nettement augmenté de volume, se contractant un peu sous la main, régulier, mou au-dessus d'un col très ramolli. Le diagnostic posé est celui de grossesse de trois mois qu'on devra confirmer par un diagnostic biologique (Docteurs BENOITON, CHOLET : résultat positif).

*Les mois suivants :*

On note une évolution normale de cette grossesse utérine, avec apparition des mouvements actifs du fœtus fin février (un peu avant le quatrième mois).

— Enfin, le 6 mai 1960, nous revoyons la femme : grossesse de six mois continuant à évoluer favorablement. Mouvements actifs ++. Bruits du cœur bons. T.A. : 12-7. Un peu d'œdème des M.I.

Mme B... se sent très bien et attend avec confiance son accouchement pour le début du mois d'août.

*En résumé :* Histoire classique d'un avortement tubo-abdominal coïncidant avec une grossesse utérine. On notera toutefois que le diagnostic de la gestation utérine n'a été porté qu'à retardement mais que :

- si on avait pensé à la coexistence possible, il eût été posé dès l'intervention, puisqu'on avait alors noté tout particulièrement le volume anormalement important de l'utérus ;
- la coexistence ne fait pas de doute, la grossesse utérine évoluant normalement selon un calendrier dont la base est bien la date des dernières règles (22 octobre 1959).

## OBSERVATION N° 2

(GELLÉ-DUTHOIT)

Femme de trente et un ans qui consulte le 29 mai 1951 pour une aménorrhée de deux mois. Elle se plaint de plus et surtout d'une douleur brutale ressentie quatre jours plus tôt dans le bas-ventre, à type de colique et accompagnée de gargouillements. Cette douleur fut d'ailleurs calmée par l'émission de gaz.

Le lendemain, même douleur violente et précise à droite, mais cette fois-ci accompagnée d'une véritable syncope. Pas de nausées ni vomissements. Pas de température. Pas d'antécédents notables.

T.V. : utérus gravide, d'ailleurs plus gros que ne le voudrait une aménorrhée de deux mois.

Les douleurs, et la syncope surtout, retiennent l'attention, mais la sédation amenée par l'émission de gaz semble traduire une origine colique.

Il est donc conseillé à la malade de se reposer chez elle durant quelques jours et de veiller au bon fonctionnement intestinal.

Quatorze jours plus tard, la malade revient d'urgence dans le service avec un tableau typique de rupture de grossesse extra-utérine.

La laparotomie confirme le diagnostic et une ovario-salpingectomie droite est pratiquée.

Au cours de l'intervention, la gravidité de l'utérus est vérifiée. Trois jours plus tard, on note de petites métrorragies qui cessent au bout de quarante-huit heures.

Vingt-cinq jours après la rupture de grossesse tubaire, un avortement se déclenche, nécessitant un curetage qui ramène des débris placentaires.

Observation typique de rupture suivie d'avortement, mais intéressante par le fait que le diagnostic de coexistence des deux grossesses a pu être porté avant toute intervention (ce qui est très rare, soulignent les auteurs) sur la constatation d'un utérus très gros, « plus gros même que ne le voulait une aménorrhée de deux mois ».

### OBSERVATION N° 3

(MAGENDIE et coll.)

Femme de trente-sept ans admise pour un syndrome abdominal douloureux — Dernières règles le 10 décembre 1952.

— Le 10 janvier 1953, les règles ne surviennent pas, mais la malade ressent des douleurs à type de coliques utérines. Les jours suivants, légères douleurs qui se répètent le 23 janvier et le 6 février.

L'état général reste bon.

— Le 8 février, légère perte de sang rouge, peu abondante, indolore, sans caillots et sans fièvre. Le médecin appelé pense à une menace d'avortement et fait faire de la pénicilline (?).

— Trois jours plus tard, le 10 février, expulsion d'un œuf entier (cinq semaines de grossesse environ d'après l'aspect de l'embryon). Quelques pertes sanglantes persistent.

— Le 15 février, apparition de douleurs abdominales violentes, avec nausées et vomissements. Légère fièvre à 37°5-38°. Quelques pertes jaunâtres.

Le médecin note « une région pelvienne douloureuse, tendue, un point appendiculaire douloureux avec un peu de défense de la F.I.D. ». Il décide l'hospitalisation.

#### *A l'entrée dans le service :*

Etat général assez bon ; facies assez coloré. Température à 38° ; pouls à 110. Pas de nausées ni de vomissements.

Abdomen : il semble y avoir un peu de défense à droite.

T.V. : utérus un peu gros, culs-de-sac sensibles mais non empâtés ; mobilisation un peu douloureuse ; pertes purulentes. Glace et pénicilline.

— Le lendemain 19 février : état général stationnaire ; mais la défense de la F.I.D. paraît plus nette et l'appendicectomie est décidée pour le soir même.

La numération-formule montre 2.940.000 G.R. et 8.700 G.B.

Mais quelques minutes après l'examen, la malade se plaint de vives douleurs dans le bas-ventre avec vomissements ; le pouls s'accélère et devient mou. La défense s'étend et devient manifeste.

On intervient d'urgence : Mac Burney. Péritoine bleuté ; sang à l'ouverture. On referme sans appendicectomie. Laparotomie médiane sus-ombilicale, tandis qu'on installe une transfusion.

La grossesse extra-utérine rompue siège sur la trompe droite : salpingectomie avec conservation de l'ovaire.

L'autre annexe est saine.

A la fin de l'intervention, pouls mieux frappé, mais encore rapide.

— Dans la suite, au douzième jour, accident embolique pulmonaire traité par les anticoagulants.

Puis tout se tasse et la malade peut sortir.

Observation relatant la succession d'un avortement et d'une rupture et qui est intéressante par le très difficile problème diagnostique posé aux auteurs, lors du second accident qui se présentait sous les apparences d'une crise appendiculaire ; le diagnostic ne fut en effet posé qu'à l'intervention.

---

## CONCLUSIONS

---

Si les grossesses multiples ectopiques ne rentrent pas dans le cadre de la pratique quotidienne du médecin ou du spécialiste, on vient de voir qu'elles ne sont cependant pas aussi exceptionnelles que certains ont pu le laisser entendre.

I. — Certes le problème de la GROSSESSE MULTIPLE ECTOPIQUE UNILATÉRALE ne pose guère plus de difficultés de diagnostic qu'une grossesse simple ectopique banale.

Il constitue plus une curiosité scientifique qu'une entité clinique bien définie.

Il n'en reste pas moins que le petit nombre (relatif) de cas publiés nous a étonné et que d'après nos calculs basés sur des statistiques sérieuses et sur la loi des grands nombres, cette éventualité devrait être plus fréquente qu'il n'est dit en général.

II. — La question de la GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE BILATÉRALE se présente un peu différemment.

— Elle est moins fréquente et nous avons expliqué pourquoi.

— Elle pose les problèmes de la simultanéité ou de la simple succession des deux grossesses ectopiques.

— Elle pose les problèmes des critères histologiques permettant d'affirmer que la grossesse ectopique est réellement double.

— Elle pose enfin la question de la conduite à tenir lors de l'intervention chirurgicale : à savoir l'exploration systématique des annexes des deux côtés pour ne pas méconnaître une gravidité bilatérale ; et d'autre part, la conservation au maximum d'une des deux annexes malades au moins, chaque fois que cela sera possible, ménageant ainsi une possibilité de grossesse normale ultérieure.

III. — Enfin le chapitre sur les GROSSESSES SIMULTANÉES INTRA ET EXTRA-UTÉRINES nous a montré que :

a) Elles sont les moins rares des grossesses multiples ectopiques.

b) Elles posent parfois de difficiles problèmes diagnostiques :

- risques de méconnaître une rupture tubaire consécutive à un avortement utérin banal ;
- diagnostic différentiel malaisé entre la rupture tubaire, l'avortement, la torsion de kyste de l'ovaire ou l'appendicite aiguë chez une femme qui présente manifestement une grossesse intra-utérine.

c) Exceptionnellement peuvent se poser d'épineux problèmes obstétricaux si les deux grossesses vont parallèlement à terme.

d) Le problème de l'avenir de la gestation utérine après rupture est important à considérer, le nombre d'avortements secondaires étant notable. Et nous avons dit toute l'importance d'une excellente technique chirurgicale lors de la laparotomie, d'une anesthésie parfaite d'une réanimation bien comprise et d'une thérapeutique post-opératoire bien étudiée.

Moyennant quoi, on aura assez souvent la chance de voir la grossesse utérine continuer son évolution jusqu'au terme.

Vu, le Doyen :  
BINET

Vu, le Président de Thèse :  
VARANGOT

Vu et Permis d'imprimer,  
le Recteur de l'Académie de Paris :  
SARRAILH

## BIBLIOGRAPHIE \*

---

- ABRAMS (A.) et KANTER (A.). — Grossesse extra-utérine bilatérale simultanée. (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, décembre 1948, 56, 6, 1198-1200.)
- ACOSTA SISON. — Avortement tubaire et grossesse utérine simultanée. (*Am. J. Obst. Gyn.*, octobre 1947, 54, 4, 700-701.)
- ADEOATO FILHO. — Un cas de grossesse normale et extra-utérine simultanées. (*Revista Gynecologia Obstetricia*, octobre 1932, 26, 10.)
- AIMES. — Coexistence d'une grossesse tubaire et d'une grossesse utérine. (*Montpellier Médical*, janvier-février 1944, 25, 26, 1.)
- ALI et STOLZE. — Bilatérale tuba graviditéit. (*Nederlandsch Tij. V. Gence*, 10 novembre 1956, 100, 3256-3258.)
- \* ALLEN ALEXANDER. — Grossesses intra et extra-utérines en même temps. (*Am. J. Obst. Gyn.*, février 1953, 65, 2.)
- ALTHABE et IBANEZ. — Grossesses simultanées intra et extra-utérines. (*Revista Med. Quir. de Patol. Fem.*, Buenos-Aires, août 1935, 3-34.)
- AREY (L.B.). — *Am. J. Obst. Gyn.*, 1923, 5, 163.
- ARGOT. — Note sur 4 cas de grossesses doubles et sur un cas de grossesse tubaire itérative. (*Lyon Chirurgical*, 1924, 21, 4, 516.)
- ARIST. — Grossesses utérines et extra-utérines associées. (*Vratchebnoe Debs*, Kar-khov, 1936, 19, 9.)
- AUCLAIR (Rapport BONNET). — Grossesses tubaires géminaires simultanées. (*B.M. Soc. Chir. Paris*, 1945, 35, 3 et 4.)
- AUVRAY. — Gestation extra-utérine tubaire rompue avec coexistence de gestation utérine. (*Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris*, 1923, 8, 4, 341.)
- BALDWIN. — *J.A.M.A.*, 1923, 61, p. 392.
- BANISTER (J.B.). — Grossesse intra et extra-utérine. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, mars 1937, 30, 5, 562.)
- BARICALLA. — Un caso di gravidanza tubarica bilaterale contemporanea. (*Minerva Ginecologica suppl.*, mars 1952, 4, 1-2.)

---

(\*) On a signalé les articles comportant une bibliographie importante.

- BARNALL. — Grossesse tubaire gémeilaire. (*Am. J. Obst. Gyn.*, 1923, 5, 5, 537.)
- BARTSCH (F.). — Doppelseitige tubargravidität. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 26 août 1955, 67, 630-632.)
- BEHNEY et HANES. — Successive coexistent tubal pregnancies. (*Am. J. Obst. Gyn.*, août 1940, 40, 316.)
- BELL (A.C.). — Grossesses intra et extra-utérines associées. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, mars 1937, 30, 5, 562-563.)
- BELL (T.G.). — Grossesses utérine et tubaire simultanées. (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, novembre 1957, 74, 5.)
- BELLO (S.). — Grossesses extra-utérine et intra-utérine simultanées. (*Revista Medical de Canarias*, avril 1932, 1, 4.)
- BELSON (O.). — Grossesse gémeilaire tubaire et utérine. (*Am. J. Obst. Gyn.*, mai 1947, 53, 5.)
- BERCIANOS. — Grossesses ectopique et utérine simultanées. (*Boletín de la Sociedad de Cirurgia de Montevideo*, 1935, 6, 9 et 10.)
- BERNSTEIN. — Combined intra and extra-uterine pregnancy. (*Am. J. Surgery*, mars 1940, 47, 597.)
- BITTMANN (O.). — Ueber einen Fall von Gleichzeitiger tubarer und ovarieller Gravidität. (*Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1939, 110, 17-47.)
- BLAGODAROW. — Un cas de grossesses tubaires bilatérales simultanées. (*Zbl. für Gynäk.*, 19 janvier 1929, 53, 3.)
- BLAND, GOLDSTEIN et BOLTON. — Grossesses intra et extra-utérines associées. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, mai 1933, 56, 5.)
- BLINIK. — Grossesse ectopique gémeilaire. (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, juin 1938, 35, 6, 1058.)
- BLOCH. — Un nouveau cas de grossesse tubaire bilatérale simultanée. (*Revue Franç. de Gyn. et d'Obst.*, octobre 1931, 26, 10.)
- BOCQUENTIN et BRUNETON. — Grossesse tubaire gémeilaire. (*Soc. Anat. de Paris, Annales d'Anat. Path.*, mars 1932, 9, 3.)
- BORCEA (Léon). — Un cas de grossesse tubaire bilatérale. (*B. de la Soc. Obst. et Gyn. Paris*, juillet 1935, 24, 6.)
- BOTTEZ, NOICA et ROIBASI. — Grossesse extra-utérine tubaire bilatérale à évolution simultanée. (*Spitalul*, juillet-août 1931, 51, 7-8.)
- BREITER. — Grossesses extra et intra-utérines simultanées. (*Zbl. für Gynäk.*, 27 avril 1935, 59, 17.)
- BRUN-BUISSON. — Grossesse double intra et extra-utérine. (*Marseille Chirurgical*, janvier-février 1958, 10, 1.)
- BROWN (E.M.). — Grossesse ectopique gémeilaire unilatérale. (*Am. J. Obst. Gyn.*, mars 1944, 47, 3.)
- BROWNE. — Grossesse tubaire bilatérale. 2 cas. (*Med. J. of Australia*, 9 octobre 1937, 24, 2, 15.)

- BUCHALY. — Grossesses normale et extra-utérine simultanées. (*Münchener Mediz. Wochen.*, 15 avril 1932, 79, 16.)
- BUCKLIN et MYINT. — Grossesse tubaire double unilatérale. (*Am. J. Obst. Gyn.*, juin 1959, 77, 6, 1307-1308.)
- BURT, COURI et DIGIULIO. — Coexistent advanced bilateral tubal pregnancy. Report of a case. (*Obst. and Gynecology*, mars 1958, 11, 339-341.)
- CAMERON. — Grossesse tubaire gémellaire. (*Proc. Roy. Soc. of Med.*, février 1911, 4, 4, 149-151.)
- CARRIER (M.). — Coexistence d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse ectopique. 2 cas. (*Marseille Médical*, janvier-février 1959, 11, 1.)
- CHARRIER (A.) et DUCASSOU (J.). — Grossesse extra-utérine bilatérale simultanée. (*Gyn., Obst.*, 1947, 46, 3, 360-361.)
- CERISOLA. — Deux cas de grossesses intra et extra-utérines. (*Cirugia y Cirujanos, Mexico*, août-septembre-octobre 1936, 4, 5.)
- CHISHOLM et LESLIE. — A case of double tubal gestation. (*British Med. J.*, 12 juillet 1941, 2, 41.)
- CHRISTITCH. — Un cas de grossesse tubaire gémellaire unilatérale mono-amniotique. (*Revue Franç. de Gyn. et d'Obst.*, février 1938, 33, 2.)
- CLARKE. — Grossesse extra et intra-utérine. (*Am. J. of Obst. Gyn.*, février 1939, 37, 2, 332-334.)
- CLEUET (R.). — Grossesse extra-utérine et utérine chez une femme ayant présenté une tuberculose de l'endomètre. (*Echo Médical du Nord*, novembre 1951, 22, 11.)
- COHL et SPIREA. — Grossesse tubaire gémellaire. (*Gynecologia si Obstetrica*, Bucarest, mars-avril 1934, 9, 7-8.)
- COLLINS. — Rupture de grossesse extra-utérine bilatérale. (*British Med. J.*, 28 janvier 1928, 3499.)
- COMITL. — Grossesse extra-utérine gémellaire non rompue. (*Marseille Chirurgical*, janvier-février 1951, 3, 1.)
- CORCIOVEI et CORCIOVEI. — Grossesse extra-utérine bilatérale simultanée. (*Revista de Chirurgie*, Bucarest, septembre-décembre 1935, 38, 9-12.)
- COSTA (R.). — La grossesse simultanée intra et extra-utérine. (*Spitalul*, novembre 1931, 51, 11.)
- COTTE et GRANGETTE (Mlle). — Grossesses extra et intra-utérines coexistantes. (*Lyon Chirurgical*, mars-avril 1931, 28, 2.)
- COTTE. — Grossesse tubaire gémellaire. (*Lyon Chirurgical*, 1924, 21, 4.)
- COURTOIS (J.) et BAILLY (J.). — Grossesse extra-utérine rompue avec coexistence de grossesse utérine. (*C.R. Soc. Franç. Gyn.*, décembre 1947, 17, 8.)
- COX (M.E.) et STEINBERG (M.). — Bilateral tubal pregnancy. (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, janvier 1942, 43, 120-123.)

- CROISIER. — Coexistence d'une grossesse ectopique avec une grossesse intra-utérine. Rupture de la grossesse tubaire. Avortement consécutif de la grossesse intra-utérine. (*B.M. Soc. Chir. Paris*, 2 décembre 1947, 19, 16.)
- DALZELL. — Double grossesse tubaire. Rupture précoce. (*British M. J.*, 20 novembre 1927, 3489.)
- DARTIGUES. — Coexistence d'une grossesse utérine et d'une grossesse tubaire. (*B.M. Soc. Méd. Paris*, 8 avril 1932, 7.)
- DAVIDSOHN. — Grossesse tubaire bilatérale simultanée. (*Münchener Med. Woch.*, 16 janvier 1912, 59, 3, 145-147.)
- DEICHGRABER. — Grossesse gémellaire univitelline tubaire unilatérale avec fœtus de 30 cm. (*Zbl. für Gynäk.*, 7 mars 1931, 55, 10.)
- DEMICK (P.) et CAVANNAGH. — Grossesse gémellaire dans une trompe. (*Am. J. Obst. Gyn.*, septembre 1958, 76, 3, 533-535.)
- DESJACQUES (R.). — Fœtus monstrueux à deux têtes trouvé dans une grossesse tubaire. (*Lyon Chirurgical*, septembre-octobre 1947, 5, 639-640.)
- DIAMANT. — *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1914, 38, 128.
- DI PAOLA et LEMOZ IBANEZ. — Grossesse tubaire bilatérale simultanée. (*Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. Buenos-Aires*, 28 décembre 1935, 14, 15.)
- DOHMANN (H.J.). — Grossesse tubaire double provenant de deux coïts fécondants à dates différentes. (*Zbl. für Gynäk.*, 22 septembre 1956, 78, 38, 1523-1527.)
- DUPONCHEL. — Grossesse extra-utérine rompue avec coexistence de grossesse intra-utérine. (*B.M. Soc. Anat. Paris*, 1923, 93, 1, 48.)
- DUTTA. — Relation d'un cas de grossesse tubaire double. (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, février 1948, 55, 1, 71.)
- EBERLE (H.). — Nouvelle récurrence d'une grossesse combinée extra et intra-utérine. (*Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, juillet 1959, 19, 7.)
- ESAU. — Grossesse abdominale (avec relation d'un cas de grossesse tubaire gémellaire non rompue ; opération pour kyste dermoïde de l'ovaire). (*Zbl. für Chirurgie*, 17 mars 1934, 61, 11.)
- ESCHBACH (W.). — Grossesses extra et intra-utérines simultanées. (*Zbl. für Gynäk.*, 1949, 71, 9.)
- EVANS et GOYANES. — Bilateral ectopic gestation. (*Am. J. Obst. Gyn.*, août 1952, 64, 444 à 447.)
- EYDAM (A.). — Grossesse extra-utérine bilatérale avec rupture d'un côté. (*Zbl. für Gynäk.*, 13 avril 1957, 79, 15, 570-578.)
- EZEN. — Grossesse extra-utérine rompue coïncidant avec une grossesse intra-utérine évoluant jusqu'à terme. Superfétation ? (*Gyn., Obstétrique*, 1947, 46, 1.)
- FARA et VARGA. — *Obst. and Gynecology*, 1957, 10, 579.
- FECHT. — Grossesse tubaire bilatérale. (*Zbl. für Gynäk.*, 7 mars 1942, 66, 10, 468-469.)

- FELS. — Grossesses extra-utérine et normale simultanées. (*Zbl. für Gynäk.*, 4 novembre 1933, 57, 44.)
- FERGUSON et OTIS. — Grossesse gémellaire tubaire unilatérale à terme. (*Am. J. Obst. Gyn.*, juillet 1935, 30, 1.)
- FEUGER. — Un cas de grossesses simultanées intra et extra-utérines. (*Ospitalidende*, 1959.)
- FIGUEORA CASAS. — Grossesse utérine et tubaire simultanée. (*Revista Med. Guir. de Patol. Femenina*, juillet 1938, 6, 69.)
- FIGUIER et ROMERO GIRON. — Embarazo tubarico bilatéral, nota clinica. (*Revista Española de Obst. y Ginec.*, janvier-février 1947, 6, 40-43.)
- FISHBACK. — Grossesse tubaire bilatérale simultanée. (*Am. J. Obst. Gyn.*, juin 1939, 37, 6, 1035-1037.)
- FLOSSDORF. — Un cas de grossesses simultanées intra et extra-utérines avec hémorragie de l'intestin et issue fatale. (*Thèse*, Munich, 1940, n° 96, 15 p.)
- FOURNIER. — Coexistence de grossesse extra et intra-utérine. (*B. Soc. Obst. Gyn. de Paris*, 1933, 22, 8.)
- FOURNEYRON. — Grossesse tubaire bilatérale rompue simultanément des deux côtés. (*B. Soc. Méd. Chir. Indochine*, novembre-décembre 1931, 9, 10.)
- FREIRE. — Grossesses intra et extra-utérines simultanées. (*Prensa Medica Argentina*, 21 février 1940, 27, 8.)
- FROEWIS. — Ueber einen Fall von Gleichzeitiger doppel seitiger Tuben Schwangerschaft. (*Zbl. für Gynäk.*, 8 juillet 1939, 63, 1527-1529.)
- GABASTON. — Double gestation, extra-utérine. (*Bol. Soc. Obst. Gyn. Buenos-Aires*, 124, 3, 5.)
- GALSTERER (E.). — Grossesse intra-utérine après double grossesse ectopique. (*Am. J. Obst. Gyn.*, mai 1958, 75, 5.)
- GELLÉ et DUTHOIT. — Quatre observations de coexistence de grossesses intra et extra-utérines. (*B. Féd. Soc. Gyn. Obst. Langue Franç.*, 1952, 4, 1.)
- GILLILAND. — Grossesse extra-utérine à terme avec grossesse intra-utérine simultanée à terme. (*South African Medical J.*, 2 juillet 1949, 27.)
- GIRAUD. — Inondation péritonéale par grossesse extra-utérine gémellaire rompue. (*B. Soc. Obst. Gyn. Paris*, novembre 1935, 24, 9.)
- GOMEZ (Pena), MERCHAN (R.), LOPEZ RIZZO (N.), MARQUEZ (E.). — Grossesse tubaire gémellaire à terme. (*Revista de Obst. y Ginecologia*, 1953, 13, 3.)
- GORMAN. — Grossesses tubaires bilatérales simultanées. (*Am. J. Obst. Gyn.*, octobre 1947, 54, 4, 698-699.)
- GRIM (M.D.). — Bilateral tubal pregnancy. Case. (*Pennsylvania Med. J.*, octobre 1939, 43, 47-48.)
- GRUENEWALD. — Grossesses extra et intra-utérines simultanées. (*Am. J. Obst. Gyn.*, janvier 1947, 53, 1.)

- GIULIANO. — Grossesse extra-utérine double et simultanée. (*Semana Medica*, Buenos-Aires, 13 mai 1957, 44, 19.)
- GUILLEMIN. — Grossesses extra-utérines bilatérales simultanées. (*B. Soc. Obst. Gyn. Paris*, février 1934, 23, 2.)
- GUILLEMIN (A.). — Grossesses extra-utérines bilatérales successives. (*B. Soc. Obst. Gyn. Paris*, 1925, 14, 107. )
- GUILLEMINET. — Un cas de grossesse double intra et extra-utérine. (*Lyon Médical*, 1925, 14, 107.)
- GUTZEIT. — Doppelseitige Eibeiiter Schwangerschaft. (*Zbl. für Gynäk.*, 12 avril 1941, 65, 657-660.)
- HALL (D.P.). — Grossesse tubaire bilatérale simultanée. (*Am. J. of Surgery*, novembre 1949, 78, 5, 906-908.)
- HARRIS (C.) et LEVITON (L.). — Grossesses tubaires bilatérales simultanées. (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, septembre 1946, 52, 3, 492-494.)
- HARTEL. — Grossesse extra-utérine bilatérale. (*Zbl. für Gynäk.*, 17 mai 1958, 80, 20.)
- HANKOHL et ANDERS. — *Am. J. of Obst. and Gyn.*, 1947, 53, 338.
- HERNANDEZ. — Thèse, Bordeaux, 1947, Bibliogr.
- HEYMAN. — Nouveau cas de grossesse tubaire bilatérale simultanée. (*Annales of Surgery*, 12 mars 1931, 44, 11.)
- HICKEY (B.B.). — Grossesse tubaire bilatérale. (*British Medical J.*, 17 avril 1948, 4554, 734.)
- HOERNER (M.T.). — Bilateral simultaneous tubal pregnancy. Review of litterature and report of a case. (*Am. J. of Surgery*, mars 1956, 91, 385-388.)
- HOFMEISTER et HULTMAN. — *Wisconsin Med. J.*, 1952, 51, 166.
- HOUILNE (P.). — Coexistence de grossesse intra et extra-utérine. (*B. Ass. Gyn. Obst. Langue Franç.*, 1950, 2, 1.)
- HUART (D. d') (Rapport MOULONGUET). — A propos d'un cas de grossesse tubaire bilatérale. (*Mém. Ac. Chirurgie*, 22 avril 1959, 85, 12, 323-327. Bibliogr.)
- JABRE. — Grossesses intra et extra-utérines arrivant simultanément à terme. (*Ann. Fac. Franç. Méd. Pharm. Beyrouth*, juillet-août 1939, 8, 4.)
- JACKS (L.M.). — Un cas de grossesses intra et extra-utérines simultanées. (*Med. J. of Australia*, 9 avril 1955, 42, 15.)
- JARCA. — Grossesse extra-utérine bilatérale. Hystérectomie abdominale totale. Appendicectomie. (*Spitalul*, 15 avril 1913, 33, 8, 189-191.)
- JAROSCHKA. — Grossesse abdominale. (*Wiener Klinische Wochen.*, 21 janvier 1958, 51, 3.)
- JARVINEN (P.A.). — Grossesses intra et extra-utérines en même temps. (*Nordisk Medicin*, 9 janvier 1953, 49, 2.)
- JEANNENEY et ROSSET-BRESSANT. — Grossesses extra-utérines bilatérales successives. (*Soc. Obst. Gyn. Bordeaux*, avril 1930.)

- JESSING. — Grossesse extra-utérine bilatérale. (*Hospital Stidende*, Copenhague, 16 mars 1937, 80, 11.)
- JEWETT. — Un cas de grossesse gémellaire tubaire. (*Am. J. Obst. Gyn.*, juillet 1933, 26, 1.)
- JOHNSON et DIASI. — Grossesse tubaire bilatérale rompue des deux côtés. (*Am. J. Obst. Gyn.*, janvier 1929, 17, 1.)
- JOHNSON et FRANK. — Grossesses extra et intra-utérines combinées. (*Am. J. Obst. Gyn.*, février 1947, 53, 2.)
- JUDELMANN. — Grossesses intra et extra-utérines simultanées. (*South Africa Med. J.*, 14 juillet 1956, 50, 28.)
- KAPLAN et MORSE. — Deux cas de grossesse ectopique gémellaire. Grossesses à la fois extra et intra-utérines. (*Am. J. Obst. Gyn.*, août 1939, 38, 2.)
- KATZ. — Grossesses intra et extra-utérines simultanées. (*Zbl. für Gynäk.*, 4 mai 1935, 59, 18, 1054-1057.)
- KAZMANN (H.A.) et BARNETT (L.A.). — Grossesses intra-utérines et ectopiques simultanées rompues. (*Surgery*, mars 1953, 33, 3.)
- KRUSCHWITZ (S.). — Grossesse combinée intra et extra-utérine. (*Zbl. für Gynäk.*, 11 avril 1959, 81, 15.)
- KRUSEN. — *Am. Med.*, 1902, 3, 18.
- KUPERCYNG (M.). — A propos de quelques cas de grossesses extra-utérines doubles. (Thèse, Paris, 22 mai 1932, 55 pages. Bibliogr.)
- LAKATOS (I.). — Grossesses intra et extra-utérines simultanées. (*Wiener Klin. Wochen*, 5 juillet 1958, 70, 27.)
- LANGLEY. — Grossesses tubaires bilatérales simultanées. (*The Lancet*, 10 mars 1934, 226, 5767.)
- LASH et KAUFMAN. — *Am. J. of Obst. and Gyn.*, 1942, 44, 342.
- LAUNAY. — Grossesses extra-utérines simultanées, gémellaires d'un côté. (*B.M. Soc. Chir. Paris*, 22 novembre 1910, 36, 33, 1117-1118.)
- LAUNAY et SÉGUINOT. — Etude sur les grossesses bilatérales simultanées. A propos d'un cas de grossesse tubaire à trois fœtus. (*Revue de Chirurgie*, 10 avril 1911, 43, 4, 401-419.)
- LEE (G.B.) et STONE (E.T.R.). — Bilateral simultaneous tubal pregnancy. (*Am. J. Obst. Gyn.*, août 1940, 40, 316-318.)
- LEECH (R.B.). — Un cas de grossesse combinée intra et extra-utérine. (*Brit. Med. J.*, 6 décembre 1941, 4222, 805.)
- LEFF et MERANZE. — Grossesses extra et intra-utérines simultanées. (*Am. J. Obst. Gyn.*, avril 1940, 39, 4.)
- LEFRANÇOIS. — Un cas de grossesses tubaire et utérine concomitantes. (*Union Médicale du Canada*, juin 1936, 65, 6.)
- LEVINE. — Grossesses tubaires bilatérales simultanées. (*Am. J. Obst. Gyn.*, avril 1937, 33, 4, 679-682.)

- LÉVY. — Coexistence d'une grossesse utérine avec une grossesse extra-utérine au début ; salpingectomie, accouchement à terme. (*B. Soc. Obst. Gyn. Paris*, février 1935, 24, 2.)
- LÉVY-SOLAL, KOSOWSKI, LANVIN, FRANÇOIS. — Deux cas de coexistence de grossesses extra et intra-utérines. (*B. Ass. Gyn. Obst. Langue Franç.*, 1949, 3, 1.)
- LEXTON (A.J.). — Grossesses à terme simultanément extra et intra-utérines. (*South African Med. J.*, 8 août 1953, 27, 52.)
- LUDWIG. — Grossesses extra et intra-utérines associées. (*Am. J. Obst. Gyn.*, février 1940, 39, 2.)
- LULL et BERNSTINE. — Grossesse gémellaire abdominale. (*Am. J. Obst. Gyn.*, juillet 1934, 28, 1.)
- MAC DONALD (J.) et MASTERS (V.). — Grossesses tubaires bilatérales simultanées. (*Am. J. Obst. Gyn.*, novembre 1946, 52, 5, 850-853.)
- MAC DONALD et KRIEGER. — Grossesses ectopiques à deux et plusieurs fœtus. (*J. Am. Med. Assoc.*, 7 juin 1913, 1766.)
- MAC ILRATH. — Grossesse tubaire bilatérale. (*British Med. J.*, 22 mai 1937, 3985, 1065-1066.)
- MAGENDIE, BOURSIER, KOLENC, CALAMEL. — Coexistence d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse ectopique. (*Bordeaux Chirurgical*, 1951, 1, 14.)
- MALINCONICO (L.L.) et WOOD (F.O.). — Bilateral simultaneous bilateral pregnancy on case. (*Connecticut State Med. J.*, décembre 1956, 20, 960-962.)
- MARINETTE (P.A.). — Grossesse extra-utérine et grossesse normale. (*Thèse, Paris*, 1939, n° 364, Bibliogr.)
- MASSIAH. — Grossesses extra-utérine et intra-utérine simultanées. (*British Med. J.*, 4 août 1934, 3839.)
- MATHIEU (J.). — Grossesses extra et intra-utérines coexistantes. (*Gyn. Obst.*, 1948, t. 47, 6 bis.)
- MATHIEU. — *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1925, 51, 23.
- MATHIEU et GARNIER. — Deux nouveaux cas de grossesses simultanées intra et extra-utérines. (*B. Ass. Gyn. Obst. Langue Franç.*, 1950, 2, 3.)
- MATER et ISSACHONOW. — Deux cas de grossesses tubaires bilatérales. (*Zbl. für Gynäk.*, 7 mars 1931, 55, 10.)
- MÉYER. — Grossesses tubaires bilatérales simultanées. (*Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris*, avril 1939, 28, 4, 291.)
- MÉYER. — Grossesse tubaire bilatérale simultanée. (*La Gynécologie*, Paris, août 1939, 38, 476-480.)
- MILLER. — Grossesses intra et extra-utérines coexistantes. (*J. Am. Med. Association*, 15 décembre 1928, 91, 24.)
- MORICH. — Grossesse extra-utérine bilatérale. (*Zbl. für Gynäk.*, 24 novembre 1954, 58, 47.)

- MORISSON (A.), LACOMBE, MOUCHOTTE (J.). — Coexistence de deux grossesses : une utérine et une intra-ovarienne. (*Revue Franç. Gyn. et Obst.*, janvier 1950, 45, 1.)
- MOZETTI MONTERUMICI. — La grossesse tubaire bilatérale simultanée. (*Giornale Veneto di Scienze Mediche*, juin 1932, 6.)
- NEUMANN. — Naissance d'un enfant à terme après grossesse tubaire bilatérale opérée. (*Zbl. für Gynäk.*, 5 décembre 1936, 60, 49.)
- NEUMANN (H.O.). — Grossesses extra-utérine et intra-utérine simultanées. (*M Schr. Gebh. Gyn.*, février 1937, 104, f 5/6, 265-275.)
- NICOLETTI (G.). — Gravidanza tuburica bilaterale contemporanea. (*Rassegna d'Obstetricia et Ginecologia*, 31 janvier 1939, 48, 23-28.)
- NIDE (S.V.). — Grossesse tubaire bilatérale avec rupture. (*Geburtshilfe and Frauenheinkünde*, mars 1950, 103.)
- NIELSEN. — Grossesses extra et intra-utérines combinées. (*Acta Obst. Gyn. Scand.*, 1945, 25, 2, 241-248.)
- NORRIS. — Bilateral simultaneous tubal pregnancy. (*Canada Med. Ass. J.*, août 1953, 68, 379-381.)
- NOVAK. — Grossesses intra et extra-utérines simultanées. (*Surgery, Gyn. and Obst.*, juillet 1926, 43, 1, 26-38.)
- OASTLER. — Grossesse intra et extra-utérine. (*Am. J. of Surgery*, octobre 1928, 5, 4.)
- O'DONEL BROWNE. — Grossesse gémellaire tubaire unilatérale avec grossesse intra-utérine concomitante. (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, décembre 1940, 47, 6.)
- OLOVSAN (Th.). — Sur les grossesses extra-utérines bilatérales. (*Acta Obst. Gyn. Scand.*, 1958, 18, f 4, 367-377.)
- OTERO (A.G.). — Sobre un caso de embarazo tubario bilatereal. (*Revista de la Sanidad de Policía*, mars-avril 1943, 3, 87-95.)
- PAGE et FEREY. — Grossesse extra-utérine coexistant avec une grossesse normale ; rupture de la grossesse tubaire ; évolution à terme de la grossesse normale. (*B.M. Soc. Chir. Paris*, 1925, 51, 23, 781-784.)
- PARODI. — Grossesse tubaire gémellaire. (*La Prensa Medica Argentina*, 14 juillet 1937, 24, 28.)
- PASMAN (F.R.) et LOVAZZANO (G.). — Embarazzo extra uterino bilateral y simultaneo. (*Rev. Assoc. Med. Argentina*, 15-30 novembre 1938, 52, 1096-1097.)
- PETERMANN (F.). — Beobachtungen von doppelseitiger Tuborg ravidität. (*Zbl. für Allgemeine, Path. und Pathologisch Anatomic*, 5 mai 1955, 93, 350-352.)
- PHILIP (A.). — Bilateral simultaneous tubal pregnancy. (*N.Y. State J. of Med.*, 1<sup>er</sup> mars 1950, 50, 587-588.)
- PLYLER, FREEMAN et JOHNSON. — *North Carolina M.J.*, 1956, 17, 170.
- POLESCHKA. — Grossesse gémellaire extra-utérine. (*Archiv für Gynäk.*, Berlin, 25 juin 1934, 67, 2.)

- POOL et ROBINS. — *J. Obst.*, 1910, 61, 606.
- POTIER et BAZY. — Grossesse tubaire rompue doublant une grossesse utérine. (*B.M. Soc. Anat. Paris*, 87<sup>e</sup> année, 6<sup>e</sup> série, 14, 3, 116-119.)
- POURET (H.). — Un cas de grossesse tubaire bilatérale et simultanée. (*C.R. Soc. Franç. de Gyn.*, novembre-décembre 1945, 15, 4.)
- POWELL et GOTTSCHALK. — Grossesses extra-utérine et utérine simultanées. (*Am. J. Obst. Gyn.*, juillet 1947, 54, 1, 132-134.)
- PRINCETEAU-MAGNAN. — Rupture bilatérale simultanée des deux trompes utérines. (*B. Soc. Obst. Gyn. Paris*, 1926, 15, 1, 55.)
- PRESSER. — Grossesses extra et intra-utérines simultanées. (*Zbl. für Gynäk.*, 28 août 1937, 61, 35.)
- PUDNEY (W.K.). — Grossesse ovarienne gauche et tubaire droite. (*Am. J. Obst. Gyn.*, janvier 1937, 1, 161-162.)
- RAINEY et SHERA. — Grossesse triple, utérine et extra-utérine gémellaire. (*Brit. Med. J.*, 20 mars 1937, 3976.)
- REEB. — Grossesse gémellaire intra et extra-utérine. (*Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1924, 217.)
- RENCK. — Un cas de grossesse extra-utérine presque à terme associée à une grossesse normale. (*Acta Obst. Gynec. Scand.*, 1944, 24, 2, 184-192.)
- RHEINDT. — Grossesse tubaire et grossesse péritonéale simultanées. (*Zbl. für Gynäk.*, 13 novembre 1943, 67, 46, 1728-1732.)
- RIETSCHEL. — Gravidité à deux œufs séparés l'un de l'autre dans une même trompe. (*Zbl. für Gynäk.*, 15 mai 1943, 67, 20, 813-814.)
- ROBIN. — Grossesse ectopique bilatérale. (*Revista de Ginec. e d'Obstetricia*, octobre 1938, 32, 2, 4.)
- ROCHA MAIA. — Grossesse gémellaire intra et extra-utérine. (*Revista di Ginec. et d'Obstetricia*, octobre 1932, 26, 10.)
- ROCHETTE (G.). — L'association grossesse extra-utérine et grossesse normale. (*Thèse*, Montpellier, 11 mars 1944, n° 52, BIB.)
- RONN (G.). — Samtidig dobbelstidig tubargraviditet. (*Ugeskrift for Læger [Dk]*, 7 octobre 1954, 116, 1432.)
- ROSENTHAL. — Grossesses extra et intra-utérines associées. (*Am. J. Obst. Gyn.*, décembre 1939, 38, 6.)
- ROSS (J.W.) et DESBORDES. — Grossesse tubaire bilatérale. (*Am. J. Obst. Gyn.*, mai 1957, 73, 5, 1134-1138.)
- ROSSI (D.). — Grossesses extra et intra-utérines en même temps. (*Clinica Obstetrica e Ginecologia*, octobre 1952, 54, 5.)
- RULLE. — Un cas de grossesses intra et extra-utérines coexistantes. (*Zbl für Gynäk.*, 23 juin 1928, 52, 25.)
- RUSTERHOLTZ. — Grossesses tubaires gémellaires. (*Gynécologie obstétrique*, 1948, 47, 3.)

- SANDIFER (M.F.) Jr. — Bilateral tubal pregnancy. (*Mississippi Doctor*, octobre 1956, 34, 155-157.)
- SANT'ANNA (J.). — Prenhez tubaria bilateral (litopedio a esquerda, tubaire tota a diretor). (*Revue de Gyn. et d'Obst.*, septembre 1943, 2, 202-206.)
- SAVITSKY. — Grossesse extra-utérine multigémellaire. (*Zbl. Gynek.*, 1<sup>er</sup> février 1936, 6, 5, 272-276.)
- SCHOCKAERT. — Un cas de grossesse tubaire bilatérale. (*Bruxelles Médical*, 1<sup>er</sup> avril 1928, 8, 22.)
- SCHREIBER. — Grossesses tubaires concomitantes. (*Zbl. Gynak.*, 1924, 48, 41, 2224.)
- SCHUBERT. — Grossesse ovarienne coïncidant avec une grossesse intra-utérine. (*Zbl. für Gynak.*, 7 septembre 1929, 53, 36.)
- SCHULTE (A.). — Doppelseitige Eileitor Schwangerschaft. (*Zbl. für Gynak.*, 1953, 75, 185-187.)
- SCHURGER. — Coïncidence d'une grossesse extra-utérine et d'une grossesse intra-utérine. (*Orvoso Hetilap.*, 15 février 1936, 148-149.)
- SÉNÉCHAL (M. et R.). — Grossesse gémellaire bivitelline extra-utérine. (*C.R. Soc. Franç. Gyn.*, mai-septembre 1947, 17, 5.)
- SERTA. — Grossesse ectopique après ligature des trompes ; difficultés de diagnostic de la grossesse ectopique gémellaire. (*Revista di Gynecologia e d'Obst.*, avril 1938, 32, 1-4.)
- SESINI. — Cas de grossesse extra-utérine double. (*Maroc Médical*, 15 décembre 1931, 114.)
- SICKENBERGER. — Grossesses extra et intra-utérines combinées. (*Am. J. Obst. and Gyn.*, septembre 1952, 64, 3.)
- SIEGLER. — Grossesses tubaires bilatérales simultanées. (*Am. J. Obst. Gyn.*, janvier 1935, 29, 1.)
- SIPPEL. — Après ablation d'une grossesse extra-utérine de deux mois la grossesse utérine du même âge a poursuivi son évolution. (*Dtsch. Med. Wschr.*, Leipzig, 8 septembre 1922.)
- SLOAT et PETERSON. — Simultaneous extra uterine and intra uterine pregnancy. (*Am. J. Surgery*, mars 1940, 47, 597.)
- SOURASKY. — Un cas de coexistence de grossesse tubaire et de grossesse abdominale. (*The Lancet*, 25 septembre 1926, 211, 5378, 650.)
- SPIER (E.). — Grossesses tubaires bilatérales coexistantes successives. (*J. of Int. Coll. of Surgeons*, novembre 1951, 16, 5, 654-657.)
- STEIN. — Coexistence de grossesse intra et extra-utérine avec relation d'un cas et une étude des 35 cas publiés depuis 1913. (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, février 1928, 15, 2.)
- STEWART (H.L.) Jr. — Grossesse ectopique bilatérale. (*Westoen J. of Surgery Obst. and Gyn.*, novembre 1950, 58, 11.)

- STIGLBAUER. — Grossesses intra et extra-utérines simultanées avec accouchement à terme. (*Wiener Klin. Wochen.*, 3 juin 1926, 39, 23.)
- STRUCKEY. — Un cas de grossesse ectopique bilatérale. (*Med. J. of Australia*, 31 juillet 1926, 13, 2, 147.)
- STYSKALOWA. — Statistiques de grossesses extra-utérines pendant les années 1919 à 1935. (*Bratislavske Lekarske Listy*, mars 1935, 15, 3, 472-477.)
- SUNDE. — Grossesses simultanées intra et extra-utérines. (*Norsk Magasin for Loevidensk pen.*, novembre 1929, 90, 11.)
- SUTHERLAND. — Mole tubaire associée à une grossesse intra-utérine. (*Am. J. Obst. Gyn.*, avril 1953, 65, 4.)
- SZENDI (B.). — Grossesse gémellaire extra-utérine monoamniale. (*Arch. Gyn.*, 1943, 174, 4, 541-545.)
- TAKATA. — Grossesses extra et intra-utérines simultanées avec tumeurs ovariennes bilatérales. (*B. Soc. de Gyn du Japon*, 1932, 27, 1-6.)
- TARDY (R.). — Des grossesses utérines et extra-utérines concomitantes. (*C.R. Soc. Franç. de Gyn.*, mai 1951, 21, 5.)
- TAUBMANN. — Avortement suivi d'intervention pour grossesse extra-utérine. (*Soc. Méd. du XI<sup>e</sup> arrondissement, Paris*, 28 février 1923.)
- TENNISON COLLINS. — Rupture d'une double grossesse ectopique. (*Proc. Roy. Med. Londres*, juillet 1913, 5, 9, 374. [Section Gyn. and Obst.])
- THEILLIER (Ed.) et DOUTRIAUX (J.). — Grossesse tubaire bilatérale, un autre cas de grossesse tubaire associée à une utérine. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1947, 46, 2.)
- THOREK (Ph.), MOSES (J.), WONG (J.). — Grossesses simultanées dans une trompe de Fallope et dans un utérus bicorne, associées à 3 trompes de Fallope. (*Am. J. of Surgery*, avril 1950, 74, 4.)
- TILLY GUDDEN. — Statistiques des grossesses extra-utérines doubles de la clinique gynécologique de l'Université de Kiel. (*Zbl. für Gynak.*, 15 octobre 1921, 45, 41, 1479-1483.)
- TIXIER. — Grossesse tubaire double coexistant avec un fibrome utérin. (*Lyon Chirurgical*, novembre-décembre 1931, 28, 6.)
- TORPIN (R.). — Simultaneous bilateral tubal pregnancy. (*Am. J. Obst. Gyn.*, août 1940, 40, 316-318.)
- TRACTENBERG. — Bilateral simultaneous tubal pregnancy. (*Am. J. Surgery*, avril 1944, 64, 147.)
- TRAN NGOG NINTH et TRAN DINH NGAN. — Grossesse tubaire bilatérale simultanée. (*Extrême-Orient Médical*, janvier-juin 1950, 2, 3, 82-85.)
- TRIACA (J.A.). — Embarazo tubario bilateral simultaneo. (*Semana Medica*, 29 octobre 1953, 103, 619-628.)
- TROLLE (D.). — Grossesse double dans une trompe. (*Acta Obst. et Gyn. Scandinavica*, 1948, 27, 4.)

- TUFFIER et GILBERT. — Grossesse intra et extra utérine. (*B.M. Soc. Chir. Paris*, 9 juin 1897.)
- UNGER (H.M.). — Grossesse gémellaire tubaire avec rupture. (*Am. J. Obst. Gyn.*, juin 1955, 69, 6, 1362.)
- VARCHAVSY et ELENEVSKAJA. — Un cas rare de grossesse extra-utérine bilatérale ; lithopédion tubaire et grossesse secondaire abdominale. (*Gynécologie, Obstétrique*, février 1935, 31, 2, 146-153.)
- VELLAY (Rapport DALSACE). — Simultanéité de grossesses extra et intra-utérines. (*C.R. Soc. Franç. de Gynécologie*, mai 1951, 21, 5.)
- VERMELIN (H.) et LOUYOT (J.). — Grossesses simultanées intra et extra-utérines. (*Bull. Ass. Gyn et Obs. Langue Franç.*, 1950, 2, 3.)
- VERNE (J.M.), CREPATTE (J.), BANGALTER (L.). — Une observation rare de grossesse tubaire bilatérale (par superfétation ?) interrompue par une hémorragie bilatérale simultanée à type d'inondation cataclysmique. (*Méd. Acad. Chirurgie*, 13 janvier 1960, 8, 1, 45-53.)
- VICENS (E.) et PABLO CACCIA. — Embarazo tubario bilateral. (*Semana Medica*, 21 septembre 1939, 2, 692-694.)
- VILA et CABALLERO. — Grossesse tubaire bilatérale simultanée. (*Bol. Sociedad de Obst. y Ginec. Buenos Aires*, 31 décembre 1934, 13-15.)
- VINE. — *J. Malaya, Brit. M.A.*, 1941, 5, 56.
- VOE (J. de) et PRATT (J.). — Grossesses simultanées intra et extra-utérines. (*Am. J. Obst. Gyn.*, décembre 1948, 56, 6.)
- WALLON (D.) et ISIDOR (P.). — Expulsion à trois jours de distance d'un embryon de trois à quatre mois et d'un enfant vivant à terme. Superfétation. (*Sem. Hôp. Paris*, 14 octobre 1950, 3994-3998.)
- WEDER (C.H.), HEMSTOCK (J.), DERECHIN (W.). — Bilateral simultaneous tubal pregnancies. (*Canadian Med. Ass. J.*, 15 octobre 1956, 75, 669-672.)
- WERRA. — Grossesse tubaire et produit de curetage. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Langue Française*, 1952, 197.)
- WILLIAMS (P.C.). — Bilateral tubal pregnancy. (*Am. J. Obst. Gyn.*, novembre 1957, 74, 1132-1135.)
- WILLIAMS (P.F.). — Grossesse extra-utérine et ses suites (analyse de 147 cas). (*Am. J. Obst. and Diseases of Woomen and Children*, juin 1913, 67, 6, 1165-1170.)
- WINER (A.E.), BERGMAN et FIELDS. — Grossesse simultanée extra et intra-utérine. (*Am. J. Obst. Gyn.*, juillet 1957, 74, 1.)
- YOYGARLI (S.A.). — Un cas de grossesse extra-utérine double. (*Türk tip Cimiyeti Mecmuasy*, juin 1951, 17, 6.)
- ZAROU (G.) et SY (A.). — Grossesses combinées intra et extra-utérines allant à terme. (*Am. J. Obst. Gyn.*, décembre 1952, 64, 6.)
- ZLALTNIK-WELD et coll. — Grossesses intra et extra-utérines associées. (*Am. J. Obst. Gyn.*, septembre 1958, 76, 3.)



# TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .. . . . .                                                     | 13 |
| Chapitre I. — LES GROSSESSES MULTIPLES ECTOPIQUES UNILATÉRALES .. . . .     | 14 |
| — <i>Historique</i> .. . . .                                                | 14 |
| — <i>Statistiques</i> .. . . .                                              | 14 |
| — <i>Pathogénie</i> .. . . .                                                | 15 |
| — <i>Etude clinique — Diagnostic — Evolution</i> .. . . .                   | 16 |
| — <i>Formes cliniques exceptionnelles</i> .. . . .                          | 17 |
| — <i>Traitement</i> .. . . .                                                | 17 |
| — <i>Pronostic</i> .. . . .                                                 | 18 |
| Observations de grossesses multiples ectopiques unilatérales .. . . .       | 19 |
| Chapitre II. — LES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES BILATÉRALES .. . . .           | 21 |
| — <i>Historique</i> .. . . .                                                | 21 |
| — <i>Statistiques</i> .. . . .                                              | 22 |
| — <i>Etude clinique — Evolution du syndrome</i> .. . . .                    | 23 |
| — <i>Diagnostic</i> .. . . .                                                | 24 |
| — <i>Classification de ces grossesses</i> .. . . .                          | 24 |
| — <i>Etiologie</i> .. . . .                                                 | 27 |
| — <i>Variétés exceptionnelles</i> .. . . .                                  | 28 |
| — <i>Traitement</i> .. . . .                                                | 29 |
| — <i>Pronostic</i> .. . . .                                                 | 29 |
| Observations de grossesses extra-utérines bilatérales .. . . .              | 30 |
| Chapitre III. — LES GROSSESSES SIMULTANÉES INTRA ET EXTRA-UTÉRINES .. . . . | 34 |
| — <i>Historique</i> .. . . .                                                | 34 |
| — <i>Statistiques</i> .. . . .                                              | 35 |
| — <i>Etude clinique — Evolution — Diagnostic</i> .. . . .                   | 35 |
| — <i>Formes cliniques rares</i> .. . . .                                    | 40 |
| — <i>Traitement</i> .. . . .                                                | 40 |
| — <i>Pronostic</i> .. . . .                                                 | 41 |
| Observations de grossesses simultanées intra et extra-utérines .. . . .     | 42 |
| CONCLUSIONS .. . . .                                                        | 47 |
| BIBLIOGRAPHIE .. . . .                                                      | 49 |





